

**Institutionen för Omvårdnad**

**Karolinska Institutet**

# **Kvinnors förväntningar på och upplevelser av vården under graviditet och förlossning**

**Ingegerd Hildingsson**



Stockholm 2003

Ingegerd Hildingsson, 2003

[ingegerd.hildingsson@mdh.se](mailto:ingegerd.hildingsson@mdh.se)

ISBN 91-7349-592-1

Repro Print AB, Stockholm 2003

**Det ska vara gott för kvinnorna.....**

**Till  
Sven-Olof  
Anna, Jonas, Emelie och Maria**

# ABSTRACT

## Women's expectations and experience of care during pregnancy and childbirth

This thesis focuses on a national sample of Swedish-speaking women's expectations and experience of antenatal care and women's opinions of Caesarean section, homebirth and birth centre care. **Paper (I):** The aim was to describe women's expectations on antenatal care. The majority of the 3,061 women, who completed the first questionnaire, wanted to follow the standard visiting schedule, while 23 per cent preferred more visits and seven per cent preferred fewer visits. The continuity of caregiver was highly valued. "Checking the baby's health" was the most important aspect of the content of antenatal care, followed by "checking the mother's health" and "making the partner feel involved". The lowest ranking was given to the importance of information about breast-feeding and infant care and the ability to participate in parent education classes. **Paper (II):** The aim was to follow up the number of antenatal visits and women's opinions of the number of visits and satisfaction with antenatal care. In all, 2,421 women with full-term pregnancies completed two questionnaires, in early pregnancy and two months after birth. Only 25 per cent of the women followed the standard visiting schedule recommended for an uncomplicated pregnancy, while 57 per cent had more visits and 17 per cent fewer visits. The majority of the women were satisfied with antenatal care in overall terms. No association was found between the number of visits made and satisfaction, but the women's own opinion that the number of visits was too low was associated with dissatisfaction with the medical and emotional aspects of care, while their feeling that the number of visits was too high was associated with dissatisfaction with the emotional aspects of care. **Paper (III)** The aim of this study was to investigate how many women, when asked in early pregnancy, wish to have a Caesarean section at the time of birth, and to identify background variables associated with such a wish. The result showed that 8.2 per cent of the 3,061 women wanted to be delivered by Caesarean section. A previous Caesarean section, fear of giving birth and a previous negative birth experience were the strongest factors in predicting a wish for an operative birth. **Paper (IV):** The aim of this study was to establish women's interest in homebirth and birth centre care and to describe the characteristics of these women. One per cent of the 2,563 women consistently expressed an interest in home birth, while the figure for birth center care was eight per cent, when these women were asked in early pregnancy, two months and one year after birth. Five factors were associated with an interest in home birth; having the baby's sibling and a female friend present at birth, not wanting pharmacological pain relief, a low level of education and dissatisfaction with the medical aspects of birth. An interest in birth centre care was associated with the experience of being in control during labour and birth, not wanting pharmacological pain relief and a wish to have a known midwife present at birth.

Keywords: Antenatal care, number of visits, continuity of caregiver, content of care, desire for Caesarean section, alternative models of care, home birth, birth centre care.

Ingegerd Hildingsson, Department of Nursing, Karolinska Institutet, 23300, SE-14183 Huddinge. E-mail: [ingegerd.hildingsson@omv.ki.se](mailto:ingegerd.hildingsson@omv.ki.se)

ISBN 91-7349-592-1

# INGÅENDE ARBETEN

Denna avhandling baserar sig på fyra delarbeten I-IV.

## I

Hildingsson I, Waldenström U, Rådestad I. Women's expectations on antenatal care as assessed in early pregnancy: number of visits, continuity of caregiver and general content. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica* 2002; 81: 118-125.

## II

Hildingsson I, Rådestad I, Waldenström U. Number of antenatal visits and women's opinions. A national survey (inskickat till tidskrift).

## III

Hildingsson I, Rådestad I, Rubertsson C, Waldenström U. Few women wish to be delivered by caesarean section. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 2002; 109: 618-623.

## IV

Hildingsson I, Waldenström U, Rådestad I. Swedish Women's Interest in Home Birth and In-Hospital Birth Center Care. *Birth* 2003; 31: 11-22.

I-IV återges med tillåtelse från respektive förlag.

## FÖRORD

När jag som mycket ung under 1970-talet väntade mitt första barn kom jag i kontakt med mödravården. Den var belägen inom sjukhusets lokaler. Det fanns ingen tidsbeställd mottagning, utan man fick ta en kölapp och slå sig ner i väntrummet. Spänd förväntan rådde. Två barnmorskor och ett sjukvårdsbiträde arbetade på mottagningen. Innan man fick komma in till barnmorskan ställdes man på vågen där vikten senare registrerades på journalen under syrliga kommentarer angående ökningen. Blodtryck och blodvärde mättes och sedan började väntan. Frågan var varje gång om man dragit nitlotten, vilket innebar att man hamnade hos den stränga, nedlåtande barnmorskan som hårdhänt undersökte magen och sedan gav en utskällning för att viktuppgången var för hög, blodvärdet för lågt eller hur man överhuvudtaget skulle kunna ta hand om ett barn. Vinstlotten var att hamna hos den förstående barnmorskan som mjukt och försiktigt bekräftade mig och mitt barn, som såg mina resurser och trodde att det mesta skulle ordna sig. Dessa förhållanden var precis lika två år senare, varför jag dröjde i det längsta med att bli inskriven och försökte komma på så minimalt antal besök som möjligt, vilket innebar att jag även då blev ifrågasatt.

Elva år senare väntade jag barn igen, nu med barnmorskeutbildning i bagaget. Förhållandena hade då ändras inom mödrahälsovården över landet och jag hade flyttat till en större stad. Barnmorskorna arbetade distriktsindelad med möjlighet att erbjuda kontinuitet. Pappornas deltagande i besöken var mer vanligt förekommande och flertalet pappor utnyttjade sin lagstadgade rätt till föräldraledighet. Min man, vars första barn jag väntade, blev då fokus för barnmorskans intresse. Hon var mycket mån om att höra sig för om hur han mådde, men menade att jag som barnmorska redan kunde det mesta. Jag upplevde mig som en container. När jag väntade mitt fjärde barn två år senare gick jag pliktskyldigast till mödravården eftersom det var jobbigt att höra att barnmorskans egna krämpor alltid var värre än mina.

Den första förlossningen tog tid, flickan var stor och jag blödde en del vilket påverkade mig efteråt och resulterade i en tio dagars lång vårdtid. Det var jobbigt men härligt att föda, trots dåtidens restriktioner i form av sängbundenhet och födsel i ryggläge. Stödet av barnmorskan var fantastiskt, mitt yrkesval formades den dagen. Vårdtiden efteråt var mindre bra. Barnen rullades in för amning var fjärde timme och förevisades bakom glasruta under besökstiden. Jag längtade hem, men fick vackert vänta tills läkaren ansåg oss vara färdiga för utskrivning.

Den andra förlossningen var en lika stark känslomässig upplevelse, där jag med fantastiskt stöd av barnmorskan kände att jag hade kraft och kunde föda. Miljön runt om liknade en operationssal, barnmorskan var sterilt grönklädd från topp till tå. Ryggläge var den ställning som var vedertagen och det gick bra, jag funderade aldrig över några andra alternativ. Vårdtiden på BB var denna gång något kortare, omkring sex dagar, rooming-in systemet hade börjat tillämpas i liten skala, under dagtid. Mitt starkaste minne är när jag morgonen efter förlossningen fick in min son och la honom till bröstet. En beskäftig barnsköterskeelev slog mig då på fingrarna och talade med bestämd röst om att det var för tidigt att amma, han skulle vara minst tolv timmar gammal innan man fick försöka. Djupt kränkt uthärdade jag resten av vårdtiden. År 1987 på hösten födde jag mitt tredje barn, en dotter, på jobbet, med en för mig känd barnmorska som jag tyckte mycket om. Förlossningen var fantastisk, jag fick bestämma helt själv hur jag ville föda. Efter 52 timmar ville jag åka hem. Den barnläkare som gjorde den

första undersökningen av barnet insisterade på att jag borde vara kvar eftersom ”han annars inte kunde ta ansvar för barnets viktuppgång och färg”. När jag påtalade att ansvaret var mitt gav han med sig och rodnade svag när han i journalen läste mitt yrke. Ett år senare initierades ett projekt om tidig hemgång efter förlossning på den BB-avdelningen.

Min sista förlossning var lika fantastisk, även då med en för mig känd barnmorska och fullständig kontroll där jag åtnjöt full respekt för mina önskemål. Då valde jag att stanna kvar tre dygn med min nyfödda dotter för att bara njuta av henne innan vardagen med de andra barnen skulle kräva mycket av min uppmärksamhet.



Terminologin i denna avhandling bygger på de definitioner av vård och omvårdnad som antagits av Svenska Barnmorskeförbundets vetenskapliga råd. Ofta används vård och omvårdnad synonymt. Begreppet **Vård** kan hänföras till ett vidare begrepp; handläggning, diagnos, behandling och omvårdnad. Begreppet **Omvårdnad** utgår från Medicinska forskningsrådets definition (modifierad form): *”Omvårdnad innebär att tillgodose allmänmänskliga och personliga behov och att därvid tillvarata individens egna resurser för att bevara eller återvinna optimal hälsa liksom att tillgodose behov av vård i livets slutskede. Omvårdnad sammanfaller delvis med medicinsk vård, med beaktande av såväl fysiska, psykiska som sociala och kulturella aspekter”*.

Barnmorskans omvårdnadsarbete i samband med graviditet och förlossning innebär möten med kvinnor och deras familjer under en speciell period av deras liv. Tiderna förändras och så gör rutiner inom vården. Många rutiner har införts innan de varit fullt utvärderade. Mindre ofta har kvinnors syn på vården och det bemötande de fått efterfrågats i samband med planering av vården under graviditet och förlossning.

# INNEHÅLLSFÖRTECKNING

<b><u>BAKGRUND</u></b> .....	<b>10</b>
<b><u>MÖDRAHÄLSOVÅRD</u></b> .....	<b>10</b>
<u>HISTORIK</u> .....	10
<u>Nuvarande basprogram inom mödrahälsovården</u> .....	11
<u>ANTAL BESÖK INOM MÖDRAHÄLSOVÅRDEN</u> .....	11
<u>MÖDRAVÅRDENS INNEHÅLL</u> .....	13
<u>KONTINUITET</u> .....	14
<b><u>FÖRLOSSNINGSVÅRD</u></b> .....	<b>16</b>
<u>HISTORIK</u> .....	16
<u>KEJSARSNITT</u> .....	17
<u>KVINNORS INTRESSE AV ALTERNATIVA VÅRDFORMER</u> .....	19
<u>Hemförlossning</u> .....	19
<u>ABC-vård</u> .....	20
<b><u>PROBLEMFÖRMULERING</u></b> .....	<b>22</b>
<b><u>SYFTE</u></b> .....	<b>22</b>
<b><u>FRÅGESTÄLLNINGAR</u></b> .....	<b>22</b>
<b><u>METOD</u></b> .....	<b>23</b>
<b><u>FRÅGEFORMULÄREN</u></b> .....	<b>23</b>
<u>FRÅGEFORMULÄR I</u> .....	23
<u>FRÅGEFORMULÄR II</u> .....	24
<u>FRÅGEFORMULÄR III</u> .....	24
<b><u>REGISTERDATA</u></b> .....	<b>24</b>
<b><u>REKRYTERINGSPROCESSEN</u></b> .....	<b>25</b>
<u>INFORMATION</u> .....	25
<u>TILLVÄGAGÅNGSSÄTT</u> .....	25
<u>REKRYTERADE KVINNOR</u> .....	26
<u>SVARFREKVENNS</u> .....	27
<u>DATABASHANTERING</u> .....	28
<u>KONTROLL AV DATA</u> .....	29
<u>MISSADE VÅRDEN</u> .....	29
<b><u>ANALYSER</u></b> .....	<b>29</b>
<u>DEN ÖPPNA FRÅGAN I FRÅGEFORMULÄR I</u> .....	30
<u>BORTFALL</u> .....	30
<u>ETISKA ASPEKTER</u> .....	31
<b><u>BESKRIVNING AV STUDIEPOPULATIONEN</u></b> .....	<b>32</b>
<u>SOCIODEMOGRAFI</u> .....	32
<u>OBSTETRISK BAKGRUND</u> .....	32
<u>FÖRLOSSNINGSSÄTT OCH FÖRLOSSNINGSPÅS</u> .....	35
<b><u>RESULTAT</u></b> .....	<b>36</b>
<b><u>DELARBETE I</u></b> .....	<b>36</b>
<b><u>DELARBETE II</u></b> .....	<b>40</b>
<b><u>DELARBETE III</u></b> .....	<b>43</b>
<b><u>DELARBETE IV</u></b> .....	<b>45</b>
<u>HEMFÖRLOSSNING</u> .....	45
<u>ABC-VÅRD</u> .....	46
<b><u>KVINNORS EGNA BESKRIVNINGAR AV VIKTIGA ASPEKTER AV VÅRDEN</u></b> .....	<b>48</b>
<u>BARNMORSKANS EGENSKAPER</u> .....	48
<u>VÅRDEN UNDER GRAVIDITETEN</u> .....	49
<u>Vårdens struktur</u> .....	49



<a href="#">Vårdens innehåll</a> .....	50
<a href="#">Information och föräldrautbildning</a> .....	51
<a href="#">VÅRDEN UNDER FÖRLOSSNING</a> .....	52
<a href="#">Vårdens struktur</a> .....	52
<a href="#">Vårdens innehåll</a> .....	52
<a href="#">Information och förberedelse</a> .....	53
<a href="#">VÅRDEN EFTER FÖRLOSSNINGEN</a> .....	53
<a href="#">Vårdens struktur</a> .....	53
<a href="#">Vårdens innehåll</a> .....	54
<b><a href="#">METODDISKUSSION</a></b> .....	<b>55</b>
<b><a href="#">DATAINSAMLINGSMETODER</a></b> .....	<b>55</b>
<a href="#">FAKTORER SOM KAN PÅVERKA SKATTNINGEN</a> .....	55
<a href="#">VALIDITET</a> .....	56
<a href="#">STÖRANDE FAKTORER (CONFOUNDING)</a> .....	56
<a href="#">Standardisering</a> .....	56
<a href="#">SELEKTION</a> .....	56
<a href="#">FELKLASSIFICERING</a> .....	57
<a href="#">SLUMPMÄSSIGA FEL</a> .....	58
<b><a href="#">RESULTATDISKUSSION</a></b> .....	<b>59</b>
<b><a href="#">VÅRDEN UNDER GRAVIDITETEN</a></b> .....	<b>59</b>
<a href="#">ANTAL BESÖK</a> .....	59
<a href="#">MÖDRAHÄLSOVÅRDENS INNEHÅLL</a> .....	62
<a href="#">KONTINUITET</a> .....	64
<a href="#">TILLFREDSSTÄLLELSE MED MÖDRAHÄLSOVÅRDEN</a> .....	65
<b><a href="#">VÅRDEN UNDER FÖRLOSSNINGEN</a></b> .....	<b>65</b>
<a href="#">KVINNORS ÖNSKEMÅL OM KEJSARSNITT</a> .....	65
<a href="#">KVINNORS INTRESSE AV ALTERNATIVA VÅRFORMER</a> .....	67
<a href="#">Hemförlossning</a> .....	68
<a href="#">ABC-vård</a> .....	68
<a href="#">KVINNORS ÖNSKEMÅL OCH UPPFYLLELSE</a> .....	69
<a href="#">SLUTORD</a> .....	71
<b><a href="#">MÖJLIGA FRAMTIDA STUDIER</a></b> .....	<b>72</b>
<b><a href="#">ORDFÖRKLARINGAR</a></b> .....	<b>73</b>
<b><a href="#">SUMMARY IN ENGLISH</a></b> .....	<b>74</b>
<b><a href="#">WOMEN'S EXPECTATIONS AND EXPERIENCE OF CARE DURING PREGNANCY AND CHILDBIRTH</a></b> .....	<b>74</b>
<a href="#">OBJECTIVE</a> .....	74
<a href="#">RESEARCH QUESTIONS</a> .....	74
<a href="#">DESIGN</a> .....	74
<a href="#">SUBJECTS</a> .....	74
<a href="#">RESULTS</a> .....	75
<a href="#">CONCLUSIONS</a> .....	77
<b><a href="#">TILLKÄNNAGIVANDEN</a></b> .....	<b>78</b>
<b><a href="#">REFERENSER</a></b> .....	<b>80</b>

# BAKGRUND

## MÖDRAHÄLSOVÅRD

### Historik

Graviditet sågs länge som en kvinnlig privat ensak. I England blev kvinnor och barns hälsa en statlig angelägenhet i samband med rekryterig av soldater till Boerkriget (1899-1902) då det upptäcktes att de unga männens hälsotillstånd inte var det allra bästa. Blodbrist, dåliga tänder och plattfothet var vanligt. Orsaken angavs vara männens dåliga levnadsförhållanden under barndomen. Den engelska staten beslutade då att sanera bostadsområden och att utbilda mödrarna i näringslära. På några ställen i England öppnades ”mödraskolor”, där man tillhandahöll utbildning och mat för gravida och ammande kvinnor (Oakley, 1982).

I början av förra seklet såg man en nedgång i barnadödligheten i England. Mödradödligheten var dock fortfarande hög och därför ökade intresset för moderns hälsa under graviditeten. Den första kliniken för mödrahälsovård startade i Aberdeen 1915 (Oakley, 1982).

Svenska beslutsfattare fick inspiration från England, och genom professor Axel Otto Lindfors i Uppsala som skrev boken ”Råd till blivande mödrar” kände man till att äggvita i urinen kunde leda till havandeskapskramper (eklampsi). Många läkare började undersöka de gravida kvinnornas urin och det blev vanligare att kvinnor sökte läkare under graviditeten. Till en början var det privatläkare som utförde undersökningarna men så småningom började läkare på barnbördshuset kontrollera kvinnornas hälsa under graviditeten. I Sverige startades Malmö Allmänna Sjukhus Havandeskapsklinik 1915 vilken anses som landets första mödravårdscentral (Lindmark, 1994).

Efter en försöksverksamhet som pågick mellan åren 1931 till 1933, innefattande provinsialläkardistrikt i hela landet, formulerade den dåvarande svenska medicinalstyrelsen år 1935 för första gången innehåll och mål för mödrahälsovården (Statens Offentliga Utredningar (SOU), 1935). Staten påtog sig det ekonomiska ansvaret för mödra - och barnhälsovården och den har sedan dess varit kostnadsfri för den enskilda kvinnan. Statsbidragen upphävdes 1967 då landstingen tog över finansieringen (Simon, 1962). Uppbyggnaden av den svenska mödrahälsovården föregicks av en nationell debatt då oron blivit stor över de sjunkande födelsetalen. Alva och Gunnar Myrdal föreslog att varje familj skulle ha tre barn och betonade vikten av sociala åtgärder för att stärka familjernas situation (Myrdal & Myrdal, 1935).

Mödravårdsutredningen år 1935 rekommenderade två besök under graviditeten, ett hos barnmorskan under första hälften av graviditeten och ett till läkaren i slutet av graviditeten, dessutom kontroller av urinen för äggvita 8-10 gånger. Nya undersökningar kom till i takt med nya medicinska upptäckter, såsom hemoglobininmätning, blodtrycksmätning och vikt, samt blodprov för att diagnostisera syfilis och immunitet mot röda hund (SOU 1935:19).

År 1955 kom ”Normalinstruktion för den förebyggande mödra - och barnvården” som innehöll detaljerade instruktioner om graviditetsövervakning. Mödrahälsovårdens ansvar sträckte sig fram till åtta veckor efter förlossningen. Läkaren skulle undersöka kvinnan tre

gångar före förlossningen och en gång efter. Barnmorskekontrollerna skulle vara ”så många att en noggrann kontroll av den blivande moderns hälsotillstånd och havandeskapets fortskridande möjliggörs”. Detta skulle ske genom vägning, blodtrycksmätning, urinprov, kontroll av blodvärde och under senare delen av graviditeten även kontroll av fosterläge och fosterljud (Socialstyrelsen, 1955). Den officiella statistiken från början av 1960-talet visar att antalet barnmorskebesök var i genomsnitt fyra och antalet läkarbesök 2.7. Dessutom kontrollerades urinen för äggvita vid ett flertal tillfällen (Simon, 1962).

Även om mödrahälsovården i hög grad fokuserade på somatisk hälsa fanns från början ett socialt perspektiv på verksamheten. Allt eftersom mödrahälsovården växte blev det mindre tid för sociala angelägenheter. I reglementet från 1955 stadgades att barnmorskorna skulle göra hembesök för att förvissa sig om mödrarnas sociala och ekonomiska situation, ge instruktioner om hygien, näring och förlossningsförberedelse (Socialstyrelsen, 1955).

Mellan åren 1970 till 1990 skedde en stark utvidgning av mödrahälsovården och flera specifika test och screeningprogram infördes för att identifiera komplikationer. Utvidgningen innebar även ett fokus på föräldraförberedelse. Från 1970-talet anlades ett familjeperspektiv och när föräldrautbildningen blev lagstadgad (SOU 1978:5) inbjöds den blivande pappan till mödrahälsovården. År 1981 företogs en utredning av mödra- och barnhälsovårdens innehåll och organisation, där det stadgades att innehåll och arbetsmetoder skulle individualiseras och inrikta sig på väsentliga hälsoproblem, bland annat störd föräldra- barnrelation och psykiska störningar hos gravida och nyblivna mödrar. Målet för mödrahälsovården beskrevs som att det ska födas så friska barn som möjligt till så friska och väl förberedda föräldrar som möjligt (Socialstyrelsen, 1981). Under 1980-talet utgjordes den medicinska graviditetsövervakningen huvudsakligen av barnmorskebesök. Läkarbesöken var högst två, ett tidigt i graviditeten för att bedöma och planera för graviditeten och ett i slutet av graviditeten för att planera för förlossningen. Hälsoupplýsning skulle ingå i barnmorskebesöken och betraktades som en speciell verksamhet som skulle riktas mot vissa målgrupper. I Sverige hade kvinnor i slutet av 1980-talet 16 rutinbesök i mödrahälsovården.

#### *Nuvarande basprogram inom mödrahälsovården*

Efter 1996 har mödrahälsovårdens basprogram, som riktar sig till den medicinskt friska kvinnan, ändrats. Antalet graviditetskontroller har minskat. Från att tidigare ha träffat barnmorskan 13 till 14 gånger under graviditeten, förordar nu basprogrammet 8 till 9 barnmorskebesök för förstföderskor och 6 till 7 för omföderskor, under en normal graviditet, med glesare kontroller i början av graviditeten. I riktlinjerna rekommenderas ett läkarbesök i tidig graviditet, men det har ofta ersatts av planeringskonferenser, där barnmorska och ansvarig läkare tillsammans bedömer kvinnornas vårdbehov. Basprogrammet utgår från medicinska riktlinjer, men det poängteras att vissa blivande mammor behöver utökad antal besök på grund av psykosociala behov. Förutsättningarna för det psykosociala arbetssättet innebär att djupare kontakter med vissa blivande föräldrar prioriteras. Fungerande handledning till personal för att minska psykiska påfrestningar ingår också i ett psykosocialt arbetssätt (Gustafsson & Kaplan-Goldmann, 1981; Socialstyrelsen, 1996).

### **Antal besök inom mödrahälsovården**

Sedan mödrahälsovården infördes har besökens antal dominerats av det brittiska besöksprogrammet från år 1929. Detta program förordade ett besök till mödrahälsovården en gång i månaden fram till 28:e graviditetsveckan, därefter ett besök var fjortonde dag och den sista graviditetsmånaden ett besök varje vecka. Man har antagit att mödrahälsovård är verkningsfull, men vilka komponenter som är effektiva har varit svårt att bevisa. Det har till stor del saknats forskning som visat att många besök till mödrahälsovården förbättrar det medicinska utfallet. I en nyligen publicerad journalstudie där drygt 20000 kvinnor i England och Wales ingick, fann Petrou och medarbetare (2003) en ökad risk att få barn med låg födelsevikt hos kvinnor med få besök. De fann också samband mellan många mödrahälsovårdsbesök och kejsarsnitt.

Under 1990-talet publicerades flera studier med huvudfokus på medicinska och psykosociala konsekvenser av ett reducerat besöksprogram inom mödrahälsovården. WHO initierade år 1994 (Villar, *et al.*, 1998) en randomiserad, kontrollerad multicenterstudie i fyra länder; Argentina, Cuba, Saudiarabien och Thailand, i syfte att utvärdera resultaten av ett förändrat mödravårdsprogram. Denna studie har efterföljts av flera randomiserade studier i olika länder (McDuffie, *et al.*, 1996; Munjanja, *et al.*, 1996; Sikorski, *et al.*, 1996). Kvinnorna i samtliga studier har då lottats till antingen ett reducerat besöksprogram (4 till 9 besök) eller ett traditionellt besöksprogram (13 till 14 besök).

De randomiserade studierna har oftast studerat effekterna på morbiditet i form av preeklampsi och postpartumanemi hos kvinnan och låg födelsevikt hos barnet. Inga studier har kunnat påvisa ett sämre medicinskt utfall med en måttlig reduktion av antalet besök inom mödrahälsovården. Det har dock funnits motstridiga resultat rörande samband mellan antal besök och låg födelsevikt. Flertalet av studierna har sammanfattats i översiktsartiklar (Khan-Neelofur, *et al.*, 1998; Carroli, *et al.*, 2001; Villar, *et al.*, 2001) och i den största ingår data från mer än 57 000 kvinnor (Carroli, *et al.*, 2001). Varken de enskilda studierna eller översiktsartiklarna hade dock tillräcklig statistisk styrka för att utvärdera effekter på perinatal mortalitet.

Det är vanligt att kvinnor erhåller fler besök än vad som rekommenderas i nationella riktlinjer (Kristensen, 1992; Gissler & Hemminki, 1994; Backe, 2001; Sikorski, *et al.*, 1996). När ett reducerat besöksprogram infördes bland 4000 svenska kvinnor ökade behovet av extra besök, men i genomsnitt kunde antalet besök minskas med 1.8 besök per kvinna utan att det medicinska utfallet försämrades. Planeringskonferenser, i stället för rutinmässigt läkarbesök för alla kvinnor i tidig graviditet, kunde reducera behovet av läkarbesök för friska kvinnor så att läkaren istället kunde ägna mer tid åt kvinnor med komplikationer (Berglund, 1999). Enligt uppgifter från det nationella kvalitetsregistret för svensk mödrahälsovård erhöll förstföderskor i genomsnitt 9.3 besök och omföderskor 8.5 besök år 2001 (Svensk Förening för Obstetrik och Gynnekologi (SFOG), 2002). Yngre kvinnor, kvinnor med många graviditeter och kvinnor med invandrabakgrund erhåller oftast färre besök än vad som rekommenderas (Roberts, *et al.*, 1998; Darj & Lindmark, 2002; Delvaux, *et al.*, 2001; Petrou, *et al.*, 2001).

Även om det medicinska utfallet inte försämrats av ett reducerat antal besök så kan kvinnors inställning påverkas. Ett reducerat besöksprogram ses inte alltid som något positivt, vilket

kom till uttryck genom svårigheter att rekrytera kvinnor till studier eftersom de inte ville lottas till färre besök (Sikorski, *et al.*, 1996). I en randomiserad engelsk studie, där nära 2800 kvinnor ingick, var det fler kvinnor av dem som fick färre besök som kände sig missnöjda med antalet besök och upplevde att de fått för lite vård. De önskade mer tid för samtal och upplevde sig i mindre grad sedda och lyssnade till, jämfört med kvinnor som erhöll traditionellt besöksprogram. Kvinnor som fått färre besök var också mer oroade för barnets hälsa och sin förmåga att ta hand om barnet. Både antalet erhållna besök och intervallen mellan besöken var källor till missnöje för dem som fick färre besök (Sikorski, *et al.*, 1996). Däremot tycks ett reducerat besöksprogram inte ge några negativa konsekvenser på kvinnors välbefinnande, vilket visades när 1117 kvinnor följdes upp 2.7 år efter förlossningen. Det fanns inga skillnader i mor- barnrelationen, föräldrastress, hälsobeteende, sjukvårdskonsumtion eller psykologiskt välbefinnande mellan de kvinnor som lottats till reducerat eller traditionellt besöksprogram (Clement, *et al.*, 1999).

Om kvinnor helt skulle få välja när och hur ofta de vill ha besök inom mödrahälsovården borde det optimala antalet besök framträda. Men när kvinnor erbjöds denna möjlighet, att själva styra antalet besök (med minst ett besök var åttonde vecka, övriga besök enligt kvinnans önskemål) visade en randomiserad studie av 609 kvinnor att de kvinnor som följde det traditionella besöksprogrammet var mest nöjda med vården (Jewell, *et al.*, 2000). Trots att kvinnorna som följde det mer flexibla besöksformatet hade tillfälle att påverka antalet besök, så tog de flesta inte denna möjlighet utan önskade att de föreslagits fler besök.

Antalet besök inom mödrahälsovården påverkas också av vårdgivarens bedömning av kvinnors behov och vårdgivarens förmåga att med färre och glesare besök kunna identifiera avvikelser, såväl medicinska som psykosociala. Studier där barnmorskor och läkare tillfrågats om sina attityder visar att det ofta förekommer motstånd mot förändring i arbetsrutinerna även om man i princip välkomnar ett reducerat och mer individualiserat besöksprogram (Sikorski, *et al.*, 1995; Sanders, *et al.*, 1999; Langer, *et al.*, 2002; Walker, *et al.*, 2002).

### **Mödravårdens innehåll**

Mödravårdens innehåll syftar till att identifiera komplikationer under graviditeten som kan påverka kvinnans eller barnets hälsa. Information om fysiska, känslomässiga och sociala förändringar och förberedelse för förlossning och föräldraskap, är andra viktiga delar av mödrahälsovården. Mödrahälsovårdens innehåll har förändrats över tid, framför allt genom ökat antal tester och provtagningar riktade mot barnet, såsom ultraljud och fosterdiagnostik, vilket inneburit att fokus alltmer flyttats från kontroll av kvinnans hälsa till det ofödda barnets hälsa (Green, 1990; Socialstyrelsen, 1996; Nielson, 2000). Det har varit vanligt förekommande att undersökningar införts utan att bevis funnits för den introducerade åtgärdens effektivitet i form av positiv påverkan på kvinnans och barnets hälsa (Nielson, 2000).

Den forskning om mödrahälsovårdens innehåll som fokuserat på kvinnors upplevelser och uppfattningar visar att kvinnor värderar medicinska kontroller högt, exempelvis blod- och urinprovtagning, mätning av livmoderns tillväxt och avlyssning av barnets hjärtljud (Drew *et al.*, 1989; Ladfors, *et al.*, 2001; Bondas, 2002) samt ultraljusundersökningar för att få bekräftelse på att barnet är friskt (Williamson & Thomson, 1996; Fraser, 1999). Personalens

kliniska och tekniska kompetens, korta väntetider, att det finns tid för frågor, tydlig och klar information samt ett vänligt bemötande där den gravida kvinnan och hennes partner står i centrum, har också värderats högt av kvinnorna själva (Williamson & Thomson, 1996; Bondas 2002).

Synen på vad som är viktigt i mödrahälsovårdens innehåll kan skilja sig mellan kvinnor och vårdgivare. Given information från vårdgivare når inte alltid fram till kvinnorna. Även om en övergripande samstämmighet förelåg beträffande viktiga aspekter av vårdens innehåll så fanns det skillnader i rangordning av innehållet, i en studie av gravida kvinnor (n=224), barnmorskor (n=28) och obstetriker (n=52). Kvinnor och obstetriker skattade kontroll av barnets hälsa som det viktigaste, medan det var vanligare att barnmorskorna betonade vikten av tydlig information och kommunikation (Drew, *et al.*, 1989).

I en studie av Kline och medarbetare (1998), där 33 kvinnor och 20 vårdgivare intervjuades i fokusgrupper, framkom svårigheter med att nå ut med information som ett problem. Bristande kunskap om fysiska förändringar efter förlossningen var det mest dominerande temat i intervjuerna. Kvinnorna uppgav sig vara oförberedda på många av de fysiologiska och psykologiska konsekvenser graviditet och barnafödande innebär och var missnöjda med den hälsoinformation de erhållit. Vårdgivarna uppfattade att kvinnor var ockuperade av tankar om graviditet och barnafödande och mindre motiverade att ta till sig information om tiden efteråt. Psykologiska reaktioner i form av labilitet och anpassningsprocesser nämndes mindre ofta av vårdgivarna än av kvinnorna. Kontroll, både över den egna kroppen och över företeelser i vården var mycket viktigt för kvinnorna, men vårdgivarna efterlyste mer realistiska förväntningar hos kvinnorna. Kvinnorna samtalade mer om föräldraskapets innebörd och hur de önskade förändra sina liv för barnets bästa, något som inte framkom i vårdgivarnas diskussioner (Kline, *et al.*, 1998).

Mödrahälsovårdens innehåll styrs inte bara av medicinska och psykosociala riktlinjer utan påverkas även av barnmorskans inställning. Olsson (2000) beskriver att innehållet i mödrahälsovården präglas av en växling mellan ett synsätt på graviditet och föräldraskap som en pålitlig eller riskfylld process. Barnmorskan styr innehållet i besöken och hennes förhållningssätt varierar. Barnmorskans samtal med kvinnan/föräldraparen dominerades i studien av fysiska aspekter av graviditet, förlossning och föräldraskap.

### **Kontinuitet**

De flesta studier om kontinuitet har fokuserat på vikten av kontinuitet i form av att känna den barnmorska som är med vid förlossningen (Green, *et al.*, 1998; Hodnett, 2000). Betydelsen av kontinuitet i form av samma barnmorska under graviditeten är mindre studerad, liksom av kontinuitet mellan förlossnings- och eftervård, eller mellan mödravård och eftervård. Kontinuitet kan också hänсыfta på en gemensam vårdfilosofi eller enhetliga råd.

I England började vården runt den födande kvinnan att omorganiseras för cirka tio år sedan, bland annat utifrån rekommendationer från en utredning, "Changing Childbirth" där representanter från professionerna och starka konsumentgrupper var med och tog fram förslag till förändringar (DoH, 1993). "Changing Childbirth"- förslagen har även fått genomslag i andra länder, exempelvis delar av Canada, Nya Zeeland och Australien (Page, 2000).

Rapportens rekommendationer placerade den födande kvinnan i fokus och betonade hennes rätt till information och valmöjligheter. Valfriheten gällde både vårdgivare, såsom barnmorska eller läkare, och förlossningsplats, såsom sjukhusförlossning eller hemförlossning. Rapporten gav även barnmorskan en mer framträdande roll i vården av den gravida och födande kvinnan, och betydelsen av kontinuitet över hela vårdkedjan betonades starkt. En av de viktigaste följderna av utredningen blev försöksverksamhet med ökad kontinuitet i form av sammanhållen vårdkedja, så kallad "team midwifery". Denna modell innebär att samma grupp av barnmorskor tar hand om kvinnan under graviditet, förlossning och eftervård. Teamens storlek kan variera. Numera har de i början mycket små teamen ersatts av större, där oftast sex eller fler barnmorskor ingår, detta för att undvika en alltför stor arbetsbelastning bland barnmorskorna, (Flint, *et al.*, 1989; Rowley, *et al.*, 1995; McCourt & Page, 1996; Green, *et al.*, 1998; Morgan, *et al.*, 1998; Biro, *et al.*, 2000; Farquhar, *et al.*, 2000; Waldenström, *et al.*, 2000; Spurgeon, *et al.*, 2001; Homer, *et al.*, 2002).

Det faktum att mödrahälsovården är olika organiserad i olika länder, med både barnmorskor och läkare som vårdgivare, gör att det är svårt att jämföra studier och att applicera resultaten på svenska förhållanden. Få studier har enbart fokuserat på betydelsen av kontinuitet under graviditeten, denna har oftast ingått som en del av kontinuiteten över hela vårdkedjan. Den enda svenska randomiserade studien av barnmorskekontinuitet över hela vårdkedjan, så kallad ABC-vård, visade att kvinnor lottade till ABC-vård var mer nöjda med mödrahälsovården, förlossningsvården och eftervården jämfört med kvinnorna som lottats till traditionell vård (Waldenström & Nilsson, 1993b). Störst skillnad mellan grupperna observerades i bedömningen av mödrahälsovården, trots att kvinnorna i ABC-gruppen träffade fler barnmorskor under graviditeten än kvinnorna som hade traditionell vård. Dessa resultat tyder på att det inte var antalet barnmorskor utan troligen den gemensamma vårdideologin, arbetssättet, eller möjligen något längre tid under besöken i mödrahälsovården som var betydelsefullt för kvinnornas nöjdhet.

I en australiensisk randomiserad studie där 1000 kvinnor observerades på samma sätt, visade resultaten att den största skillnaden mellan kvinnor som erhållit kontinuitet av barnmorsketeam var ökad tillfredsställelse med vården under graviditeten jämfört med kvinnor som erhållit traditionell vård (vilket kunde innebära olika modeller av vård, med olika personalkategorier) (Waldenström, *et al.*, 2000). Även i denna studie träffade kvinnorna fler barnmorskor under graviditeten än kvinnorna i vanlig vård och författarna trodde att den mer positiva bedömningen av mödrahälsovården i försöksgruppen kunde bero på arbetssättet och troligen även på längre besökstider. I motsats till dessa resultat visar en engelsk studie av 1482 kvinnor, lottade till vård av barnmorsketeam eller traditionell vård, (oftast mödravård och eftervård av samma barnmorskor, men förlossningsvård av sjukhusets barnmorskor) att kvinnor som erhöll traditionell vård var mest nöjda med vården under graviditeten, eftersom de där erhöll högre grad av kontinuitet med samma barnmorska (Farquhar, *et al.*, 2000).

Av ovanstående studier framgår att den viktigaste komponenten i kontinuitet inte är fastställd. Green och medarbetare (2000) beskrev i en översiktsartikel av sju engelska studier om kontinuitet *mellan* mödravård och förlossning, att det inte finns bevis för att kvinnor som erhållit vård av en för dem känd barnmorska under förlossningen var mer nöjda med vården,

jämfört med kvinnor som inte hade denna erfarenhet. Författarna konkluderade att kvinnor tycks önska vård av någon som de har förtroende för och den personen behöver de nödvändigtvis inte ha träffat innan. Denna slutsats står dock inte oemotsagd, vilket framgår av ett flertal randomiserade studier som visat att kontinuitet med samma barnmorska genom vårdkedjan har betydelse för hur kvinnor skattar tillfredsställelse med vården (Flint, *et al.*, 1989; Rowley, *et al.*, 1995; McCourt & Page, 1996; Waldenström & Turnbull, 1998; Biro, *et al.*, 2000; Waldenström, *et al.*, 2000).

## FÖRLOSSNINGSVÅRD

### Historik

Synen på barnafödande påverkades tidigare i hög grad både av vidskepelse och kyrkliga seder. Kloka kvinnor, jordgummor, assisterade vid förlossningarna och det var ofta förenat med stora risker att föda barn. Föregångaren till dagens socialstyrelse, Collegii Medicii, bildades år 1663 och möjliggjorde läkarnas kontroll över jordgummornas verksamhet. Collegii Medicii krävde en regelrätt utbildning för att bli barnmorska och det första reglementet för barnmorskor kom år 1711 och gällde barnmorskor i Stockholm. Barnmorskereglementet från år 1777 gällde hela riket och stadgade att bara utbildade barnmorskor skulle få assistera vid förlossningar. På grund av fåtalet utbildade barnmorskor dröjde det innan reglementet kunde gälla hela landet. Johan von Hoorn, som har kallats den svenska obstetrikens fader, skrev den första läroboken för barnmorskor och försökte under stor vanda komma till rätta med okunnighet och ”olater” bland jordgummorna. Redan år 1682 kom förslag på inrättandet av ”barnsängshospitaler”, men först år 1775 öppnades den första förlossningsanstalten i Stockholm, Stockholms Allmänna Barnbördshus. Som ett led i kampen mot barnamord gavs fattiga och ogifta kvinnor möjlighet att föda barn utan att röja sin identitet (Höjeberg, 1981).

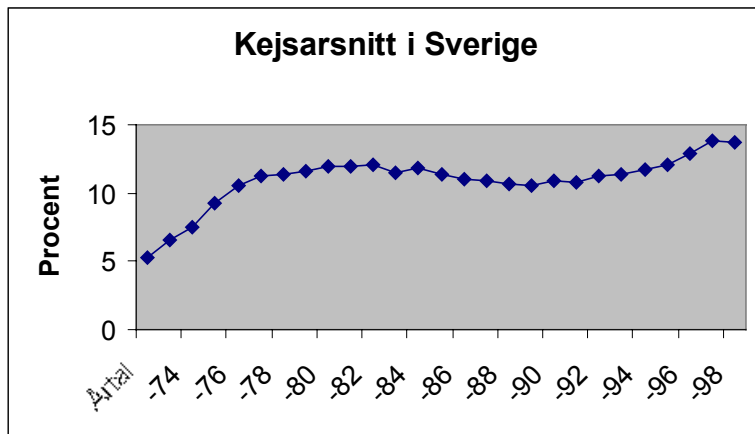
Förlossningsavdelningarnas inrättande i slutet av 1700-talet medförde ett nytt problem, barnsängsfebern, som orsakade många kvinnors död. Kunskapen om orsaken till barnsängsepidemier och förebyggandet av dessa genom god handhygien, tog lång tid att implementera i sjukvården. I slutet av 1800-talet sköttes över 90 procent av förlossningarna i hemmen, men under mellankrigstiden öppnades förlossningsavdelningar på landets sjukhus. Oftast bemannades förlossningsavdelningarna av, förutom barnmorskor, kirurger som kunde utföra nödvändiga ingrepp. Förlossningsvårdens uppbyggnad präglades av dåtidens reformer i samhället och utmärktes av rationalitet och teknik. Socialpolitiska rörelser intresserade sig också för förlossningsvårdens organisation, men barnaföderskorna saknade i stort sett en egen politisk representation i början av 1900-talet (Öberg, 1996).

Idag sker majoriteten av förlossningarna på sjukhus. I Sverige har en centralisering av förlossningsvården fortlöpande skett de senaste tjugo åren och de flesta mindre förlossningsavdelningar har lagts ner. Antalet hemförlossningar är få och alternativ i form av ABC-vård finns idag endast vid ett sjukhus i Stockholm.

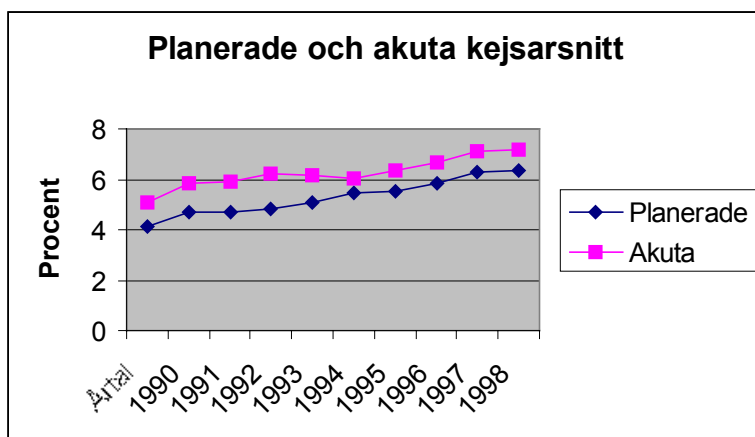


## Kejsarsnitt

På senare år har antalet kejsarsnitt ökat och idag föds cirka 15 procent av alla barn i Sverige med hjälp av kejsarsnitt. Anledningar till ökningen av kejsarsnitt förklaras ofta i media (Aftonbladet 990417, [www.svt.se](http://www.svt.se) 011205) som krav från välutbildade, heltidsarbetande storstadskvinnor som vill planera in sin födsel. Figur 1 visar ökningen av kejsarsnitt i Sverige under de senaste 30 åren och figur 2 visar fördelningen av planerade och akuta kejsarsnitt under 1990-talet i Sverige.



Figur 1. Kejsarsnittsutvecklingen i Sverige 1974-1998



Figur 2. Fördelningen av planerade och akuta kejsarsnitt

De metaanalyser eller randomiserade studier som finns om kejsarsnitt har i huvudsak inriktats på medicinska eller tekniska aspekter av kejsarsnittoperationer. Forskning rörande kvinnors krav på kejsarsnitt visar att det är ovanligt att kvinnor utan medicinska eller obstetriska komplikationer kräver operativ förlossning. Gamble & Creedy (2000) har i en översiktsartikel sammanställt resultatet från tio vetenskapliga studier av kvinnors önskemål om förlossningssätt, och funnit prevalenssiffror mellan 7 till 28 procent. Bland kvinnor som inte har eller haft obstetrisk komplikation ligger andelen som önskar kejsarsnitt mellan noll och en procent.

Geary och medarbetare (1997) tillfrågade 520 av 830 irländska kvinnor vid utskrivning efter förlossning om deras inställning till förlossningssätt. Åtta kvinnor (1.5 %) som krävt kejsarsnitt hade samtliga tidigare genomgått denna operation. I en studie från England (Graham, *et al.*, 1999) angav sju procent av kvinnorna (n=166) som förlösts med kejsarsnitt att det var eget val som var avgörande för beslutet att avsluta förlossningen operativt. I en australiensisk studie (Turnbull, *et al.*, 1999) tillfrågades kvinnor sju veckor efter kejsarsnittoperation om delaktighet i beslutet som föregick operationen. Av de tillfrågade kvinnorna angav 28 procent att de krävt kejsarsnitt. Av 3025 förlossningar i Watford, England (Jackson & Irvine, 1998), var totalt 18.8 procent kejsarsnitt, (9.1 % planerade, 9.7 % akuta). Trettioåtta procent av de kvinnor som fick kejsarsnitt hade krävt detta, vanligtvis kvinnor som tidigare gått igenom kejsarsnittoperation. Även Gamle och Creedy (2001) fann i en prospektiv studie av 310 australiensiska kvinnor tillfrågade i sen graviditet, att sex procent av kvinnorna föredrog kejsarsnitt. De flesta hade tidigare genomgått kejsarsnitt eller upplevt komplikationer under graviditet och förlossning. I Skottland fann Wilkinson och medarbetare att närmare åtta procent av kvinnor i Skottland krävde kejsarsnitt (Wilkinson, *et al.*, 1998).

När brittiska kvinnliga obstetrikare tillfrågades om önskemål om förlossningssätt angav 31 procent att de skulle föredra kejsarsnitt (Al-Mufti, *et al.*, 1997). Då samma fråga (förstagångsgraviditet, enkelbörd, huvudbjudning utan obstetriska problem) ställdes till engelska barnmorskor föredrog fyra procent kejsarsnitt (Dickson & Willett, 1999). För att utröna om kejsarsnittsönskemål är ett allmänt utbrett fenomen bland läkare, valdes 52 läkare ut och matchades med kvinnor som inte arbetade inom vården, från ett urval av 1212 kvinnor, i London, vars graviditeter bedömts vara av låg risk för komplikationer. Inga statistiskt signifikanta skillnader förelåg gällande förekomst av kejsarsnitt men en trend sågs där sex av tio läkare jämfört med två av sju icke-läkare krävde kejsarsnitt utan medicinsk indikation (Geary, *et al.*, 1998).

Forskning har visat att kejsarsnittsfrekvenser påverkas av medicinska, obstetriska, psykologiska, sociodemografiska och ekonomiska faktorer och att handläggningar kan förändras över tid. Indikationer för kejsarsnitt är i huvudsak desamma, även om förändringar skett i det kliniska handläggandet exempelvis av sätesförlossningar. Enligt en journalstudie av 8090 kejsarsnittsförlossningar i Skottland (Wilkinson, *et al.*, 1998) berodde de flesta kejsarsnitt på sätesbjudning (11 %), fetala problem (3 %) eller hotande asfysxi/värkrubbing (30 %). Leitch och Walker (1998) fann att andelen kejsarsnitt ökade med drygt 11 procent under en trettioårsperiod (1962 till 1992) vid ett sjukhus i Skottland. Huvudorsakerna till kejsarsnitt de båda studerade åren var avstannat värkarbete och hotande fosterasfyxi. Den största ökningen orsakades av oregelbundna bjudningar såsom sätesbjudning samt upprepat kejsarsnitt.

Turnbull och medarbetare (1999) fann att orsaker till kvinnors begäran om kejsarsnitt påverkades av medicinska risker, influenser från läkare, partner och övriga anhöriga. Kejsarsnittsönskemål berodde oftast på rädsla för skador i bäckenbotten, hos engelska kvinnliga obstetrikare, eller oro för barnets hälsa eller den egna säkerheten (Al-Mufti, *et al.*, 1997). Det är också vanligt att förlossningsrädsla ligger till grund för krav på kejsarsnitt (Sjögren & Thomasen, 1997; Graham, *et al.*, 1999; Gamble & Creedy, 2001; Saisto & Halmesmäki 2003).

Bell och medarbetare (2001) visade i en registerstudie av 23806 förlossningar att antalet kejsarsnitt också påverkades av kvinnans ålder. Ekonomiska faktorer har också betydelse för kejsarsnittsfrekvensen (Murray, 2000). Chilenska kvinnor med privat sjukförsäkring (25 %) förlöstes dubbelt så ofta med kejsarsnitt jämfört med kvinnor med statlig sjukförsäkring. Privat sjukförsäkring i Chile innebär att vården ges av obstetriker. Kejsarsnittsfrekvensen bland kvinnor med privat sjukförsäkring låg mellan 57 till 83 procent jämfört med 27 till 28 procent på de statliga sjukhusen där kvinnorna fick vård av barnmorskor och obstetriker. Endast en minoritet av kvinnorna med privat sjukförsäkring ville själva bli förlösta med kejsarsnitt (6-32 %) (Murray, 2000). En annan förklaring till den ökade kejsarsnittsfrekvensen har visats i en studie av 5304 brasilianska kvinnor. Kvinnor från mer välbärgade familjer, som hade högre utbildningsnivå, var mer benägna att kräva kejsarsnitt då de ville undvika den dåliga kvalitén i förlossningsvården (Behauge, *et al.*, 2002).

### **Kvinnors intresse av alternativa vårdformer**

#### *Hemförlossning*

På 1960-talet slutade de svenska myndigheterna att betrakta hemförlossning som ett fullvärdigt alternativ till sjukhusvård (Öberg, 1996). Eftersom hemförlossningar ändå förekommer har Socialstyrelsen utfärdat allmänna råd, där det framhålls att kvinnor som önskar föda hemma skall informeras om att Socialstyrelsen finner hemförlossning olämpligt då komplikationer inte kan förutses och kan vara svåra att ta hand om i hemmet. Socialstyrelsen uttalar även att det kan finnas psykologiska fördelar med hemförlossning (Socialstyrelsen, 1990). I nationella rekommendationer rörande handläggning av normal förlossning rekommenderas att kvinnor som överväger hemförlossning bör ges information om för- och nackdelar med olika förlossningsalternativ och att förlossningen bör handläggas i enlighet med Socialstyrelsens allmänna råd (Socialstyrelsen, 2001).

I ett globalt perspektiv är hemmet den vanligaste förlossningsplatsen, men i västvärden är det sjukhuset. I England är andelen hemförlossningar en till två procent, men antalet hemförlossningar i England har nästan dubblats de senaste tio åren och förväntas öka till fyra till fem procent de närmaste tio åren (Chamberlain, *et al.*, 1997; Zander & Chamberlain, 1999). Detta som en följd av de rekommendationer som formulerades i ”Changing Childbirth”-rapporten och efterföljande debatt. I Australien och Nya Zeeland utgör hemförlossningar omkring en procent av alla förlossningar (Crotty, *et al.*, 1990; Abel & Kearns, 1991) och i USA cirka 0.6 procent (Declercq, *et al.*, 1995; Martin, *et al.*, 2002). I Danmark föder 1.5 procent av kvinnorna hemma (personlig kommunikation Ann-Marie Kjeldstedt, mars 2002) men från Finland rapporteras en betydligt lägre hemförlossningsfrekvens, mindre än 0.01 procent (Viisainen, *et al.*, 1998).

Holland utgör ett undantag från övriga länder i Europa med drygt 30 procent hemförlossningar (Wieggers, *et al.*, 1996, 1998). I Holland uppmanas kvinnor att föda hemma om graviditeten är okomplicerad. Valet av förlossningsplats är fritt men i de fall där medicinska indikationer saknas är sjukhusförlossning förenat med en avgift (Kerssens, 1994).

I Sverige skedde år 2001 mindre än en promille av förlossningarna i hemmet (personlig kommunikation Cina Madison, mars 2002). Att fastställa det exakta antalet hemförlossningar

i Sverige är svårt. Socialstyrelsen för inte någon statistik över planerade hemförlossningar därför går det inte att urskilja planerade hemförlossningar från oplanerade förlossningar i hemmet eller förlossning som sker under transport. En annan orsak till svårigheten att fastställa antalet planerade hemförlossningar är att det finns föräldrapar som föder utan assistans av någon barnmorska vilket medför att ingen journalföring sker.

Det finns vissa motsägelser inom forskning rörande hemförlossning om vilka kvinnor som väljer detta alternativ. Studier från USA och Australien har visat att kvinnor som väljer att föda hemma oftare är äldre, har högre utbildningsnivå, är gifta eller sammanboende och har fött barn tidigare (Anderson & Greener, 1991; Cunningham, 1993; Declercq, *et al.*, 1995). En prospektiv studie genomförd 1994 i Storbritannien visade att de drygt 5000 kvinnor som planerat fött barn i hemmet hade högre socialgruppsstillhörighet och högre utbildning än 3500 kvinnor som födde på sjukhus. Kvinnorna med planerad hemförlossning använde oftare alternativa förlossningsställningar och mindre smärtlindring och ammade i högre grad än kvinnor som födde på sjukhus (Chamberlain, *et al.*, 1997). En holländsk studie visade däremot inga skillnader i bakgrundsfaktorer mellan kvinnor som födde hemma och på sjukhus (Wiegers, *et al.*, 1996). Från Finland rapporteras att de fåtal kvinnor (n=56) som under en femårsperiod födde hemma (0.01 %) var yngre, oftare ensamstående, hade fler än två barn och gjorde färre graviditetskontroller jämfört med kvinnor i kontrollgruppen som födde på sjukhus (Viisainen, *et al.*, 1998).

De flesta studier om kvinnors motiv till att föda hemma har visat att dessa kvinnor oftast ser förlossningen som en naturlig process som inte bör störas, och de vill därför avstå från smärtlindring och teknologiska interventioner. Hemmet ses som en säker plats, där kvinnan känner sig trygg och upplever delaktighet och kontroll (Zander, 1984; Hoff & Schneiderman, 1985; Kleiverda, *et al.*, 1990; Ford, *et al.*, 1991; Young & Drife, 1992; Cunningham, 1993; Hanley, 1993; Rowley, *et al.*, 1995; Chamberlain, *et al.*, 1997; Longworth, *et al.*, 2001; Viisainen, 2001).

Kontinuiteten i form av att ha en för dem känd barnmorska med vid förlossningen är ett starkt skäl för många kvinnor att föda hemma. På vissa platser i Sverige och Finland kan kontinuiteten säkerställas vid hemförlossning genom att kvinnan söker upp en barnmorska som hon träffar under graviditeten och det är hon, ofta tillsammans med en kollega som närvarar vid förlossningen. Ibland kan det dock vara svårt för kvinnor att få kontakt med en barnmorska som kan tänka sig att hjälpa till vid en hemförlossning (Viisainen, 1998).

#### *ABC-vård*

ABC-vård är en vårdform som vänder sig till kvinnor med låg risk för komplikationer under graviditet och förlossning. Syftet med ABC-vård är att underlätta en naturlig förlossning och befrämja ett familjesocialt synsätt. Medicinsk teknik är i regel begränsad vid ABC-vård och om kvinnan utvecklar någon komplikation eller önskar smärtlindring överflyttas hon till den traditionella vården. Man vill kombinera noggrann observation av mor och barn med minimalt ingripande i det naturliga, i en hemlik miljö. Mödrahälsovård, förlossningsvård och eftervård tas om hand av en mindre grupp barnmorskor (Lubic & Ernst, 1978; Cunningham, 1993; Waldenström, *et al.*, 1997).

Lubic och Ernst (1978) beskriver att ABC-kliniker ofta har en hemlik atmosfär, med familjefokuserad vård och ett normalt perspektiv utmärker synen på den reproduktiva processen. Vården kännetecknas av hög kvalitet till låg kostnad, delaktighet för familjemedlemmarna med möjlighet till överflyttning om komplikationer skulle uppstå.

Hemförlossning och sjukhusförlossning kan sägas utgöra exempel på två motsatspoler på ett kontinuum mellan den naturliga och den medicinska förlossningsmodellen. ABC-vård har i detta sammanhang beskrivits som en kompromiss mellan hemförlossning och sjukhusförlossning. Den medicinska utrustningen finns tillgänglig i närheten om behov skulle uppstå, men miljön är hemlik (Cunningham, 1993).

Under tidigt 1970-tal öppnade den första ABC-kliniken i New York, som ett alternativ till hemförlossning och sjukhusförlossning. Sedan dess har ytterligare ett par hundra ABC-kliniker öppnats. ABC-kliniker kan vara fristående enheter (vanligast i USA) eller separata enheter inom ett sjukhus (vanligast i Australien). I USA sker 0.3 procent av förlossningarna vid ABC-kliniker (Martin, *et al.*, 2002), i Australien utgör de två till tre procent av förlossningarna (Waldenström & Lawson, 1998). I Sverige finns endast en ABC-klinik, en småskalig verksamhet med hemlik miljö inom Södersjukhuset i Stockholm (Waldenström & Nilsson, 1994a). I Canada visade 31 procent av tillfrågade kvinnor intresse av att föda på ABC-klinik. Kvinnor med låg utbildningsnivå, sociala och språkliga svårigheter var mindre benägna att önska ett sådant alternativ (Wen, *et al.*, 1999).

Många av de kännetecken som utmärker kvinnor som önskar hemförlossning återfinns även bland kvinnor med intresse för ABC-vård. I en svensk studie om ABC-vård fanns i högre grad önskemål om att ha barnets syskon med vid förlossningen och kvinnorna hade mer positiva förväntningar inför sin förlossning än kvinnor i kontrollgruppen som födde barn på traditionell förlossningsavdelning. Kontinuitet i form av att ha en barnmorska som man träffat tidigare med vid förlossningen var också viktigare för kvinnorna som valde ABC-vård och de ville i högre grad bli involverade i vården (Waldenström & Nilsson, 1993a).

Kvinnor som lottats till ABC-vård fick färre besök inom mödrahälsovården, färre tester och rapporterade färre hälsoproblem jämfört med kvinnor som lottats till traditionell vård (Waldenström & Nilsson, 1997). Kvinnor som erhöll ABC-vård använde mindre ofta smärtlindring, uppgav sig vara mer delaktiga i beslut och upplevde mer stöd från barnmorskan (Waldenström & Nilsson, 1994a). Överflyttning till traditionell vård skedde i 13 procent av fallen under graviditeten och i 19 procent under förlossningen. Kvinnorna som erhöll ABC-vård fick färre interventioner under förlossningen, men förstfödorskors barn behövde i högre utsträckning vårdas på barnklinik (Waldenström, *et al.*, 1997). Vårdformen innebar ingen skillnad i amningslängd (Waldenström & Nilsson, 1994b) och påverkade inte framtida barnafödande (Gottvall & Waldenström, 2002).

Kvinnor som randomiserats till ABC-vård, var mer nöjda med vården under graviditet, särskilt med de psykologiska aspekterna av vården och deltog oftare i föräldrautbildning. Kvinnor som erhöll ABC-vård var också mer nöjda med vården under förlossningen och den första tiden med det nyfödda barnet, än kvinnor som erhöill traditionell vård. En stor del av

kvinnorna som fått vård på ABC-enhet (63 %) ansåg att vården under graviditet ökat deras självförtroende, jämfört med 18 procent i kontrollgruppen (Waldenström & Nilsson, 1993b).

## **PROBLEMFORMULERING**

År 2002 skrevs uppskattningsvis 100 000 kvinnor in inom mödrahälsovården i Sverige och nära 95 000 kvinnor födde barn. Den svenska mödrahälsovården har en närmast hundra procentig uppslutning. Mödrahälsovårdens innehåll och antalet besök baseras i huvudsak på standardprogram där den medicinska övervakningen utgör grunden. Kunskap om kvinnors förväntningar på och önskemål om antalet besök inom mödrahälsovården är begränsad liksom kvinnors syn på mödrahälsovårdens innehåll. Mödrahälsovården i Sverige utmärks av kontinuitet med samma barnmorska under graviditeten, men vi vet lite om hur kvinnor värderar att träffa samma barnmorska vid besöken i mödrahälsovården. Vi vet inte i vilken grad kvinnor är nöjda med mödrahälsovården och vilka faktorer som påverkar tillfredsställelse med mödrahälsovården. Antalet kvinnor som kräver kejsarsnitt sägs öka, men vi vet ytterst lite om hur många och vilka dessa kvinnor är. Kvinnors möjlighet att välja alternativa vårdformer är begränsad. Det behövs mer kunskap om kvinnors egna önskemål rörande utformningen av vården under graviditet och förlossning.

## **SYFTE**

Det övergripande syftet med denna avhandling är att beskriva kvinnors förväntningar på mödrahälsovården och deras upplevelser av vården under graviditeten samt att ta reda på kvinnors inställning till kejsarsnitt, hemförlossning och ABC vård.

## **FRÅGESTÄLLNINGAR**

- Vilka förväntningar har kvinnor på mödrahälsovården beträffande antalet besök, kontinuitet och innehåll, när de tillfrågas i tidig graviditet?
- Hur många barnmorskebesök får kvinnor under graviditeten?
- Vilka kvinnor får färre respektive fler besök än vad som rekommenderas i mödrahälsovårdens basprogram?
- Vad tycker kvinnor om antalet besök och hur nöjda är de med vården under graviditeten?
- Om kvinnor får möjlighet att välja, vilket förlossningssätt vill de då ha?
- Är kvinnor i Sverige intresserade av alternativ till den traditionella förlossningsvården, såsom hemförlossning och ABC-vård och vilka kvinnor har ett sådant intresse?

## METOD

Data insamlades med hjälp av tre frågeformulär. Vidare insamlades data från det Medicinska Födelseregistret (MFR) på dels de kvinnor som rekryterats till projektet, dels över alla kvinnor som skrevs in i svensk mödrahälsovård under de tre rekryteringsveckorna.

## FRÅGEFORMULÄREN

Förutom etablerade instrument (se nedan) innehöll formuläret frågor som tidigare använts i utvärdering av ABC-vård (Waldenström & Nilsson, 1993b) i en australiensisk surveyundersökning (Lumley & Brown, 1997) samt i utvärdering av barnmorsketeam (Waldenström, *et al.*, 2000). Frågeformulären utarbetades och testades (face to face validity) på 12 kvinnor. Denna validering innebar att vissa frågor förändrades.

### Frågeformulär I

Det första frågeformuläret innehöll frågor om kvinnornas sociodemografiska bakgrund (ålder, civilstånd, födelseland, modersmål, trosuppfattning, utbildning, nuvarande arbetssituation och yrke), uppgifter om postnummer och klassificering av bostadsort. Uppgifter inhämtades även om kvinnornas obstetriska bakgrund (paritet, antal barn, tidigare missfall, aborter, infertilitetsproblematik, tidigare förlossningssätt och förlossningsupplevelse). Vidare fanns frågor om kvinnornas hälsa och hälsobeteende (kronisk sjukdom, skattning av fysiska besvär, medicinering samt rök- och alkoholvanor, före graviditet och vid tidpunkten för frågeformulärets besvarande).

Emotionellt välbefinnande mättes med en 'oro-skala', "The Cambridge Worry Scale", utarbetad av Statham och medarbetare (1997) och testad i Sverige (Georgsson Öhman, *et al.*, 2003). Skalan innehåller 16 frågor om oro för bostad, ekonomi, förhållande till partner, familj och vänner, egen hälsa och hälsan hos närstående. Vidare finns frågor om arbete och arbetslöshet, det ofödda barnets hälsa, att bli inlagd på sjukhus, gynekologisk undersökning, förlossningen, att klara av att ta hand om barnet, vara borta från arbetet, om partner kommer att vara med under förlossningen och risken för missfall. Svaren anges på en 6-gradig skala, vilken indelas från 0=ingen oro till 5= mycket stark oro. I enlighet med instruktioner från skalans konstruktörer dikotomiserades den i analysen i 0-3=ingen oro och 4-5=stark oro. De sexton frågorna om oro har använts och analyserats som enstaka förklaringsvariabler i delarbete III samt som en hopslagen skala (0-2/>2) i delarbete II.

Depressiva symtom mättes med Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS). Denna skala är utarbetad av Cox och medarbetare (1987) och belyser ångest, depressiva symtom samt benägenhet att göra sig själv illa. Skalan har huvudsakligen använts för att identifiera risk för depression efter förlossningen och är validerad för detta ändamål i Sverige (Wickberg & Hwang, 1996). Svartalternativen är fasta och summan av de tio frågorna går mellan 0-30. Olika brytpunkter för att kategorisera depressiva symtom har använts (Lundh & Gyllang, 1993; Josefsson, *et al.*, 2001). När skalan används under graviditet rekommenderas att använda brytpunkten 14/15 (Murray & Cox, 1990). Den vanligaste brytpunkten när

depressiva symtom studerats efter förlossning är 12/13 (Wickberg & Hwang, 1997; Bågedahl-Strindlund & Monsen Börjesson, 1998; Edhborg, *et al.*, 2000). EPDS används som förklaringsvariabel i delarbete II, III och IV.

Påfrestningar som man tidigare har utsatts för mättes med hjälp av en skala om svåra livshändelser utarbetad av Ort-Gomér och medarbetare (Rosengren, *et al.*, 1993). Den belyser erfarenheter av sjukdom, separationer, arbetslöshet, rättsliga problem och dödsfall bland närmaste och om dessa händelser inträffat det senaste året, tidigare eller aldrig. Två eller fler påfrestande händelser under det senaste året betecknas som "major life events". I denna avhandling ingår skalan om påfrestande livshändelser i delarbete IV.

Det första frågeformuläret innehöll även frågor om stöd från partner och närstående, samt om den aktuella graviditeten var planerad eller inte. Formuläret innehöll också frågor om samliv och en skala som avser att mäta "Känsla av sammanhang" (Antonovsky, 1993). Andra frågor i formuläret berörde förväntningar på förlossningen och på förlossningssmärta, förväntningar på innehållet i mödra- och förlossningsvården (exempelvis antal besök inom mödrahälsovården, förlossningssätt och förlossningsplats) samt på den första tiden efter förlossningen, amning och föräldradighet. Det gavs också möjlighet för kvinnorna att i en öppen fråga med egna ord beskriva vad de tyckte var viktigt när de väntar och ska föda barn och vad vården kan göra för att tillgodose deras behov.

### **Frågeformulär II**

I detta frågeformulär upprepades delar av frågeställningarna ifrån det första frågeformuläret, såsom hälsa (retrospektivt gällande graviditeten samt aktuell hälsa två månader efter förlossningen), rökning, alkoholvanor, emotionellt välfinnande och stöd. Nyttillkomna frågor i frågeformuläret var uppföljning av mödrahälsovården avseende antalet besök, upplevelse av vårdens innehåll, föräldrautbildning, karaktär och kompetens hos barnmorskan inom mödrahälsovården, ultraljudsundersökningar och övergripande tillfredsställelse med mödrahälsovården. På samma sätt följdes förlossningen upp, både vad gäller rutiner och ingrepp, förlossningssätt, smärtlindring, smärtupplevelse, känslor, hur nöjda kvinnorna var med vården samt karaktär och kompetens hos barnmorskan inom förlossningsvården. Tiden närmast efter förlossningen belystes på ett liknande sätt (BB-vården). Frågor om barnets hälsa togs också upp i frågeformulär II.

### **Frågeformulär III**

I det tredje frågeformuläret följdes på liknande sätt hälsa, livsstilsfrågor, emotionellt välbefinnande, stöd, samliv och minnet av förlossningsupplevelsen upp. Nyttillkomna områden i detta formulär var upplevelsen av barnhälsovården, det första årets föräldraskap, barnets hälsa, temperament och matvanor samt om kvinnor utsatts för våld av sin partner året efter barnets födelse.

## **REGISTERDATA**

Data från Medicinska Födelseregistret inhämtades i omgångar, den senaste kontrollen skedde två år efter den sista rekryteringsveckan. Samtliga förlossningskliniker i Sverige lämnar uppgifter till registret. Rutiner för sjukhusens uppgiftslämnade varierar dock, vilket förklarar



förekomsten av olika uppgifter om antalet rekryterade i avhandlingens delarbeten. Medicinska födelseregistret samkörs med Statistiska Centralbyrån vad gäller nationalitet och födelseland. Från registret inhämtades data på de kvinnor som ingick i studien och där journalen inskickats till MFR, samt data på samtliga kvinnor som skrevs in i svensk mödrahälsovård och som registrerats för förlossning under rekryteringsperioden, men som inte medverkade i projektet. Uppgifter erhöles om medicinska diagnoser, förlossningsstatistik, nationalitet, obstetrisk historia samt sociodemografi. Vidare erhöles sociodemografiska data över en årskohort av samliga kvinnor som födde barn under 1999. Denna årskohort har utgjort jämförelsematerial till de i projektet rekryterade kvinnorna (delarbete I-IV).

## **REKRYTERINGSPROCESSEN**

### **Information**

Starten av projektet "Kvinnors Upplevelse av Barnafödande" (KUB-projektet) föregicks av en omfattande informationskampanj. Socialstyrelsen informerades om studien. Landets samordningsbarnmorskor och mödrahälsovårdsöverläkare informerades vid två nationella möten. Av de 608 mödravårdscentraler som fanns registrerade vid studiens början, önskade 593 (97.5 %) att medverka i rekryteringen av kvinnorna. Linköpings mödrahälsovårdsområde (7 centraler) avböjde medverkan på grund av liknande pågående studier. Samtliga verksamhetschefer vid landets alla mödrahälsovårdsenheter informerades och gav sitt skriftliga tillstånd till att respektive mottagning medverkade i rekryteringen. Några enstaka enheter, utspridda över landet (8) avböjde medverkan under samtliga eller enstaka rekryteringsveckor och orsaken var oftast hög arbetsbelastning. Samordningsbarnmorskorna informerades barnmorskorna vid sina respektive mödravårdscentraler och forskargruppen skickade ut skriftligt informationsmaterial till varje deltagande mödravårdscentral. Annonser i Svenska Barnmorskeförbundets tidskrift *Jordemodern*, som riktas till Sveriges alla barnmorskor, gav ytterligare information och påminnelser inför rekryteringsveckorna.

### **Tillvägagångssätt**

Rekrytering av deltagarna till studien skedde under tre veckor utspridda över ett år, kalenderveckorna 18 och 38 år 1999 samt kalendervecka 2 år 2000. Svensktalande kvinnor som kom till mödrahälsovården för sitt inskrivningsbesök under de aktuella veckorna fick skriftlig och muntlig information om studien av den barnmorska de träffade vid inskrivningsbesöket. Om kvinnan samtyckte till att medverka i studien skrevs hennes personnummer, namn och adress på en lista. Kvinnan fick därefter med sin signatur bekräfta att hon ville medverka i studien. Listorna med kvinnornas namn och personuppgifter skickades till forskargruppen i slutet av varje rekryteringsvecka. Om listan ej inkommit inom en vecka skickades en påminnelse till respektive central. Det påpekades att det var betydelsefullt att listan skickades in även om det inte funnits några inskrivningar under den aktuella veckan. Flest påminnelser skickades ut under den första rekryteringsveckan.

Mödravårdcentralernas listor innehöll uppgifter om det totala antalet inskrivna kvinnor under veckan, antalet som tackat nej samt om barnmorskorna glömt att tillfråga någon kvinna. All vidare kontakt med kvinnorna i studien skedde därefter via forskargruppen. En till två veckor efter varje rekryteringsvecka skickades det första frågeformuläret till kvinnorna i studien. Den längre tiden gällde framför allt den första rekryteringsveckan, innan de praktiska rutinerna

fungerade tillfredsställande. Ett informationsbrev medföljde frågeformuläret som skickades till kvinnans hemadress. Om inget svar inkommit efter två veckor skickades ett påminnelsebrev och efter ytterligare två veckor en ny enkät. Efter utskick av det första frågeformuläret distribuerades 1691 påminnelsebrev (49 %) och 721 nya enkäter (21 %).

Det andra frågeformuläret skickades ut ungefär två månader efter barnets födelse. Datum för beräknad förlossning efterfrågades inte i frågeformuläret utan beräknades utifrån uppgifter om datum för senaste menstruations första dag (SM) enligt Naegeles regel (SM + 7 dagar -3 månader + 1 år). Ytterligare 60 dagar lades till för att utskicket av det andra frågeformuläret skulle ske i rätt tid. Frågeformulär II skickades till alla kvinnor som rekryterats till studien, även de som ej besvarade det första formuläret, såvida inte forskargruppen fått information om eventuella missfall eller att kvinnan av annan anledning avböjt fortsatt medverkan. Två veckor efter utskicket av frågeformulär II skickades 1551 påminnelsebrev (46 %) och efter ytterligare två veckor erhöll 951 kvinnor (28 %) ett nytt frågeformulär.

Inför utskicket av frågeformulär III, ett år efter förlossningen, togs beslutet att betrakta de kvinnor som inte besvarat något av de två tidigare frågeformulären eller som inte registrerats avseende förlossning i Medicinska Födelseregistret, som bortfall. Det tredje frågeformuläret skickades inte heller till de kvinnor vars barn dött under eller strax efter graviditeten. Påminnelsebrev efter det tredje frågeformuläret skickades till 1535 kvinnor (52 %) och ny enkät till 746 kvinnor (25 %).

### **Rekryterade kvinnor**

Det exakta antalet kvinnor som skrevs in i svensk mödrahälsovård under de tre rekryteringsveckorna kan inte beräknas, främst på grund av att det Medicinska Födelseregistret enbart registrerar antalet födselar (missfall inkluderas inte i statistiken), men också på grund av ett visst bortfall i registret och förseningar av inskickad information från sjukhus. Olika siffror presenteras i denna avhandlings delarbeten på grund av att uppgifter från födelseregistret inhämtats kontinuerligt och vid varje ny körning har nya fall tillkommit i registret. De kvinnor som besvarat det första frågeformuläret men som senare fick missfall, har rapporterat detta vid olika tidpunkter och dessa kvinnor har inte exkluderats från databasen eftersom vi var intresserade av förväntningar i tidig graviditet. Dessa kvinnor har dock inte kunnat följas upp, vilket påverkar den totala svarsfrekvensen.

De uppskattningar av rekryterade kvinnor som gjorts baseras på information både från barnmorskorna som inbjöd kvinnorna att delta i KUB-projektet och det Medicinska Födelseregistret. För att beskriva studiepopulationens representativitet har de rekryterade kvinnornas sociodemografiska bakgrundsfaktorer jämförts med en årskohort av samtliga kvinnor som födde barn under 1999.

Enligt uppgifter från det Medicinska Födelseregistret hade 5219 kvinnor som fött barn skrivits in i svensk mödrahälsovård under den aktuella rekryteringsperioden. Till denna siffra tillkommer ett antal kvinnor som fick missfall efter inskrivningen och som därför inte registrerades i födelseregistret. Av de 3455 kvinnor som gav sitt samtycke till att delta i studien i samband med det första besöket inom mödrahälsovården anmälde 162 (4.7 %) till forskargruppen att de fått missfall. Andelen kan i praktiken vara något högre, men vi har

antagit att andelen missfall totalt sett var fem procent. (Ytterligare 76 kvinnor finns ej registrerade för förlossning i MFR). Andelen inskrivna borde då ha varit 5494 ( $x=5219+5x/100$ ) eller efter avrundning cirka 5500 kvinnor.

Av samtliga 5500 kvinnor inskrivna i svensk mödrahälsovård under de tre rekryteringsveckorna samtyckte enligt denna beräkning omkring 60 procent att medverka i KUB-projektet. Studiens inklusionskriterium, att behärska svenska språket, minskade antalet möjliga kvinnor (cirka 550 icke-svensktalande kvinnor), likaså antalet beräknade missfall (5 %) (cirka 275 kvinnor) samt kvinnor som skrevs in vid icke-medverkande kliniker (75 kvinnor), vilket resulterade i samtycke från 3293 av 4600 kvinnor möjliga att rekrytera (omkring 70 %).

### **Svarsfrekvens**

Av de 3353 kvinnor som gav sitt samtycke att delta i studien (3455 kvinnor minus 102 missfall), besvarade 3061 (91 %) frågeformulär I. Frågeformulär II besvarades av 2762 kvinnor (84 %) (efter borträknande av 60 sena missfall) och frågeformulär III av 2563 kvinnor (88 %) (efter borträknande av kvinnor som vars barn dött, samt de som varken besvarat I + II). Frågeformulär I besvarades i genomsnitt i graviditetsvecka 16 (7 till 40 veckor). Formulär II besvarades i genomsnitt 10 veckor efter förlossningen (2 till 25 veckor) och frågeformulär III i genomsnitt när barnet var ett år och tre veckor gammalt.

Totalt besvarade 2450/2926 (84 %) kvinnor samtliga tre frågeformulär, 288 kvinnor besvarade endast ett frågeformulär, 374 kvinnor besvarade två av tre och 342 kvinnor besvarade inget av de tre frågeformulären.

Olika kombinationer av svar förekom. Tvåhundra sextioen kvinnor svarade på frågeformulär I+II men ej III. Femtioen kvinnor som tidigare ej besvarat frågeformulär I tillkom i utskicket av det andra frågeformuläret. Frågeformulär II och III men ej I, besvarades av 28 kvinnor, formulär I och III men ej II besvarades av 85 kvinnor. Enbart frågeformulär I besvarades av 265 kvinnor, enbart frågeformulär II av 23 kvinnor. Det var ingen av kvinnorna som bara besvarade frågeformulär III. Ett flöde över svaren återfinns i tabell 1.

**Tabell 1: Svarsfördelning**

<b>Samtyckte att delta i studien 3455</b>	<b>Frågeformulär I Möjliga kvinnor 3353</b>	<b>Frågeformulär II Möjliga kvinnor 3293</b>	<b>Frågeformulär III Möjliga kvinnor 2926</b>
<b>- 102 kvinnor som fått missfall</b>	<b>3061 (91 %)</b>	<b>2762 (84 %)</b>	<b>2563 (88 %)</b>
	<b>- 60 kvinnor som fått missfall</b>	<b>- 25 kvinnor med dött barn - 342 kvinnor som ej besvarat formulär I och II</b>	
	<b>Besvarade endast formulär I = 265</b>	<b>Besvarade endast formulär II = 23</b>	<b>Besvarade endast formulär III = 0</b>
	<b>Besvarade formulär I och II = 261</b>		
		<b>Besvarade formulär II och III = 28</b>	
	<b>Besvarade formulär I och III = 85</b>		
	<b>Besvarade formulär I + II + III = 2450</b>		

**Databashantering**

När ett frågeformulär inkommit registrerades detta i de upprättade Excelfilerna. Data lades in i det dos-baserade programmet Paradox 4.5. Detta program är ej kompatibelt i Windowsmiljö varför även senare version, Paradox 9, behövdes för att kunna transportera data till statistikprogrammet SPSS för Windows, med vars hjälp analyserna gjordes (SPSS inc. LEAD Technologies, Haddonfield, USA). I Paradoxprogrammet finns en låsmekanism som omöjliggör inknappandet av felaktiga värden, men förskjutningar kan uppkomma. Data från det första frågeformuläret inregistrerades av två doktorander samt en forskningsassistent. Forskningsassistenten lade ensam in frågeformulär II i datamedium. Data från det tredje frågeformuläret inregistrerades av tre personer, vilka fått utbildning av forskningsassistenten.

### **Kontroll av data**

Ett slumpmässigt urval (10 %) av det första frågeformuläret granskades i syfte att kontrollera antalet inknappningsfel. Slumptalsprogrammet i SPSS användes för urvalet. Frågeformulär II kontrollerades på så sätt att forskningsassistenten programmerade in data från ett halvt formulär i taget (på grund av utrymmesskäl i databasen), därefter kontrollästes respektive mängd data, innan resten av frågeformuläret inprogrammerades för att därefter kontrolläsas. Då det var tre personer som registrerade in data från det tredje frågeformuläret gjordes motsvarande slumpmässiga kontroll som vid det första frågeformuläret. I det första frågeformuläret utgjorde inknappningsfelen 0.15 procent, med ungefär lika andel felaktigt inknappade data och missade inknappningar. I tre av de 306 granskade frågeformulären fanns förskjutningar av de inknappade svaren, men dessa förskjutningar drabbade sällan samma frågor, vilket minskar riskerna för systematiska fel. Kontrollen av frågeformulär tre visade förekomst av inknappningsfel motsvarande 0.19 procent.

### **Missade värden**

Bortsett från tekniska missöden i form av att en fråga om illamående fallit bort i hälften av alla formulär i det första frågeformuläret (I), samt att vissa sidor i det första frågeformuläret hade benägenhet att klistras samman, så tenderade de flesta frågor ha en mindre andel ej ifyllda värden. I vissa frågor kunde missade värden inte särskiljas från normala blankvärden. Några frågor har troligtvis missuppfattats, såsom läkemedelskonsumtion, där det inte framgick att nej-alternativet skulle kryssas i. Några enstaka frågor var svårtolkade, exempelvis en av frågorna i EPDS- formuläret har 1.1 procent missade värden. I beräkning av EPDS- summan har missade värden ersatts med frågans medelvärde. De övriga enstaka frågor med missade värden rörde planerad föräldraledighet (7 %), religionstillhörighet (3.5 %), inställning till farmakologisk smärtlindring (1.9 %), önskemål om förlossningssätt (1.6 %) samt frågor om tillfredsställelse med samlivet (1.5 %). Övriga frågor hade en frekvens av missade värden på mindre än en procent.

I frågeformulär II var den genomsnittliga frekvensen av missade värden 1-1½ procent. De frågor som hade flest avvikande värden gällde förlossningen. Då kontroll gjordes avseende förlossningssätt (kejsarsnittsförlossningar undantagna) erhöles en liten andel missade värden rörande frågor om åtgärder under förlossningen. Samma förhållande rådde i frågeformulär III när kontroll gjordes av missade värden. Frågor med fasta svarsalternativ tenderade att ha färre frågor obesvarade och frågor med flera alternativ där dessa samtidigt skulle sättas i relation till förfluten tid (exempelvis hälsofrågor under avgränsade perioder av det senaste året) hade fler saknade värden, men frekvensen missade värden var fortfarande låg, inom 1-1½ procent.

## **ANALYSER**

Deskriptiva analyser har i huvudsak genomförts med hjälp av medelvärden och standarddeviationer vid kontinuerliga variabler och numeriska värden samt procent vad gäller fördelning av kategorivariabler (Polit & Hungler, 1995; Glass & Hopkins, 1996). Analyser av data på ordinalskalenivå har ibland gjorts på parametrisk nivå. Kontroll har då samtidigt gjorts med icke-parametriska metoder. Inte i något fall har skillnad förekommit mellan metoderna.

I samtliga delarbeten har epidemiologisk metodik använts. I epidemiologiska studier jämförs utfall (vanligtvis sjukdomsförekomst) bland exponerade och oexponerade, varvid hänsyn tas till andra faktorer som kan tänkas påverka jämförelsen. Som effektmått för utfall i de bivariata analyserna har kvoter mellan två proportioner (relativ risk) beräknats och dessa redovisas som en punktskattning med ett 95 procentigt konfidensintervall.

Konfidensintervallet är beräknat så att det med 95 procents sannolikhet täcker det bakomliggande värdet i en okänd population. Ett smalt konfidensintervall visar på hög precision, ett brett konfidensintervall vittnar om att uppskattningen är osäker.

Relativa risker samt konfidensintervall har beräknats i ett Excelprogram och stratifierats för olika undergrupper (Mantel Haenzels metod) (Rothman, 2002). I vissa delarbeten har även Chi-två test med p-värde använts som ett komplement till relativ risk, på grund av tidskrifternas regler för publicering. I de multivariata analyserna har logistisk regression använts för att justera för tänkbara störande faktorer (confounders). Ett ytterligare sätt att kontrollera för andra tänkbara faktorer är att stratifiera materialet, det vill säga, att materialet delas i undergrupper, såsom åldersgrupper, paritet och civilstånd, som sedan sammanvägts. Sådana analyser är gjorda i samtliga delarbeten.

### **Den öppna frågan i frågeformulär I**

För att ge kvinnorna en mer levande röst och för att ge liv åt avhandlingens siffror har resultat från den öppna frågan i frågeformulär I tagits med under resultatet i denna avhandling. Drygt en tredjedel av kvinnorna (n=1012) valde att använda möjligheten att med egna ord beskriva det de tycker är viktigt när de väntar och ska föda barn och vad hälso- och sjukvården kan göra för att tillgodose deras önskemål. De 1989 citaten analyserades med hjälp av innehållsanalys (Polit & Hungler, 1995; Proctor & Wright, 1998).

Alla svar på den öppna frågan lästes igenom och det manifesta innehållet i meningarna identifierades. Svaren lästes oberoende igenom av två av projektets medarbetare samt en barnmorskestuderande och grupperades i fyra kategorier och 11 teman, ur vilka frekvenser beräknades. Texten söktes också igenom för att finna belysande citat.

### **Bortfall**

Genom att jämföra data från de till KUB-projektet rekryterade kvinnorna med data från Medicinska Födelseregistret (samliga kvinnor som skrevs in i svensk mödrahälsovård under de tre rekryteringsveckorna) visade det sig att de icke-rekryterade kvinnorna oftare var ensamstående (RR 1.5; 1.2-1.9). Kvinnor som inte rekryterades till studien var också oftare födda i ett utomnordiskt land jämfört med de rekryterade kvinnorna (RR 1.8; 1.7-2.3). Det var vanligare att icke-rekryterade kvinnor var äldre än 35 år (RR 1.5; 1.3-1.6). Rökvanor, medelålder, paritet, graviditetslängd och barnens vikt skilde sig inte åt mellan grupperna.

De kvinnor som tackade ja till att medverka i studien men som senare inte besvarade frågeformulären var statistiskt signifikant oftare omfödorskor, yngre än 25 år, ensamstående, rökare och födda utanför Sverige, jämfört med kvinnorna som besvarade respektive frågeformulär.

## **Etiska aspekter**

Tillstånd till studien erhöles från Karolinska Institutets regionaletiska kommitté (diarienummer 98-358).

För att inte i onödan belasta kvinnor med nya utskick av påminnelsebrev och nya enkäter i händelse av missfall, fanns alltid någon av doktoranderna som arbetade med rekrytering och utskick tillgänglig, via mobiltelefon, personsökare och e-post under samtliga rekryteringsveckor samt när uppföljningsformulären två månader och ett år efter förlossningen skickades ut.

Vid tidpunkten för det andra utskicket (2 månader efter förlossningen) fanns ej data från Medicinska Födelseregistret tillgängliga avseende huruvida varje enskild kvinna fött barn eller inte. Det var i praktiken därför omöjligt att få reda på alla fall där barnet dött perinatalt före utskicket av det andra frågeformuläret. Vi var dessutom intresserade av hur dessa kvinnor upplevde sin situation. Vi inkluderade därför följande avsnitt i det följebrev som utgick i samband med det andra frågeformuläret:

*”Av alla dem som besvarade det första formuläret kan det finnas de som mist sitt barn, under graviditeten eller strax därefter, eller vars barn är allvarligt sjukt. Vi vill uttrycka vår medkänsla för er och beklagar om detta brev känns svårt att läsa. Vi vill samtidigt förmedla till er att era erfarenheter är viktiga och vi önskar att även ni vill besvara frågeformuläret men att ni hoppar över de frågor som inte känns aktuella och noterar vad som hände ert barn”.*

## BESKRIVNING AV STUDIEPOPULATIONEN

### **Sociodemografi**

Kvinnorna som rekryterades till projektet var i genomsnitt 29.4 år. En högre andel kvinnor var yngre än 25 år (20.5 %) jämfört med kohorten av samtliga kvinnor som födde barn i Sverige under år 1999 (16.2 %) (Tabell 2). Civilstånd skilde sig inte mellan grupperna, men det var mindre vanligt att kvinnor rekryterade till projektet var födda utanför Sverige, vilket kan relateras till kriteriet för att ingå i studien, nämligen att behärska det svenska språket.

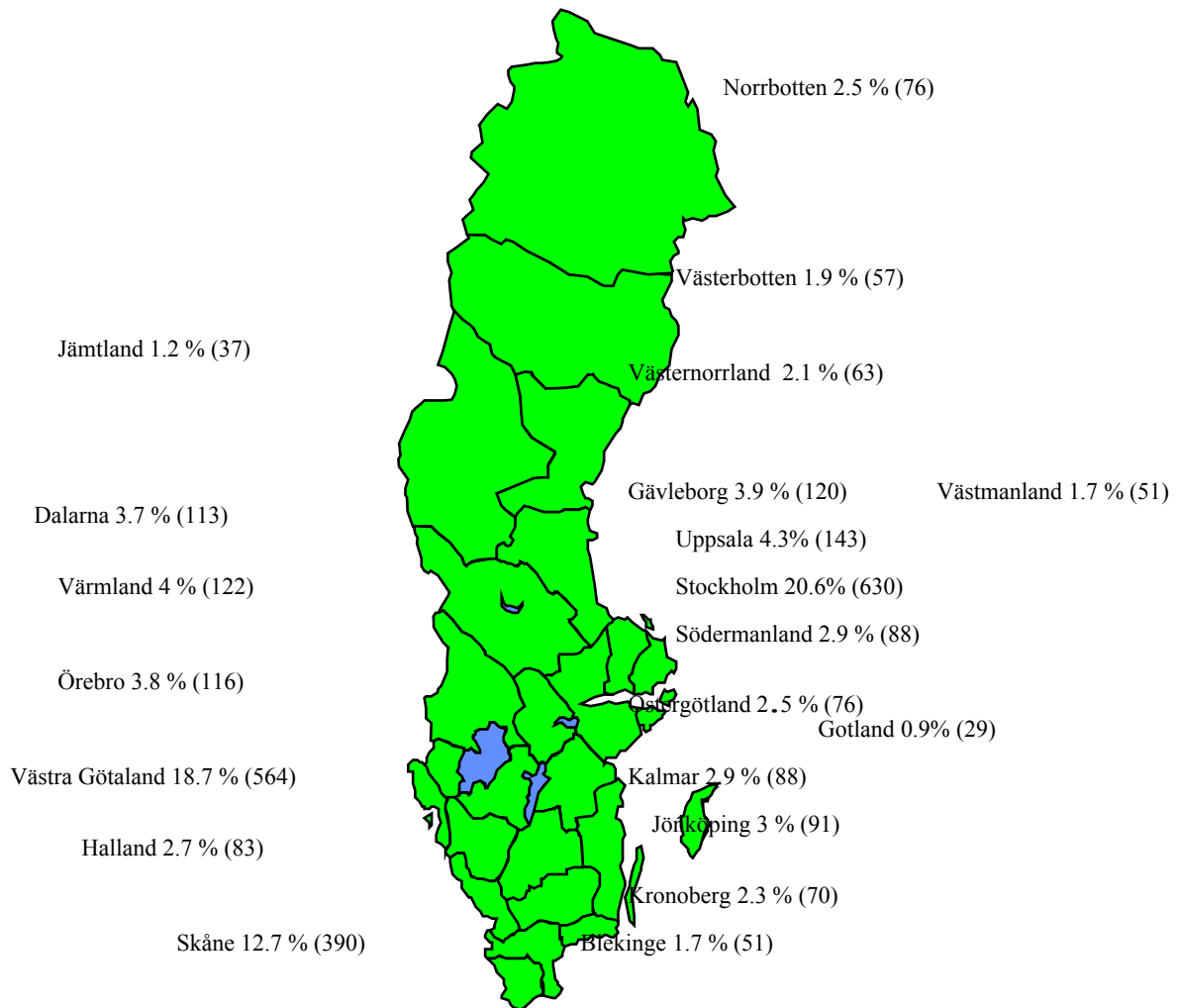
Majoriteten av de utomlands födda kvinnorna i studien (58 %) hade bott i Sverige mer än åtta år, en mindre andel (15 %) hade bott i Sverige mindre än tre år. Knappt tio procent hade annat modersmål än svenska.

Majoriteten av kvinnorna (54 %) hade gymnasieutbildning som högsta utbildning, 38 procent hade någon form av högskoleutbildning. Antalet kvinnor med enbart grundskoleutbildning var 224 (7 %). De flesta kvinnor var yrkesverksamma, framför allt inom handels- och vårdsektorn. Omkring 11 procent arbetade inom tekniska yrken och yrken relaterade till IT. Tio procent av kvinnorna hade ”manchettarbeten”, med vilket menas exempelvis kontorister och sekreterare. Ett fåtal kvinnor (n=43) uppgav att de var hemarbetande (1.2 %) och tio procent av kvinnorna var arbetslösa. Av de 361 kvinnor som var arbetslösa angav 42 procent att detta kunde innebära deltidsarbete (n=31) eller att de hade andra sysselsättningar, i huvudsak studier (n=29) och föräldraledighet (n=21). Den största andelen av kvinnorna bodde i mindre orter på landsbygden eller i glesbygd (32 %) följt av storstad (27 %). I figur 3 visas den länsvisa fördelningen av de rekryterade kvinnorna.

### **Obstetrisk bakgrund**

Drygt 20 procent av kvinnorna hade tidigare genomgått abort och en lika stor andel kvinnor hade haft missfall. Ofrivillig barnlöshet under minst ett år före graviditeten förekom hos 320 kvinnor (10.5 %) och 68 kvinnor hade fått hjälp med denna problematik i form av assisterad befruktning i någon form (2.2 %). Andelen kvinnor med tidigare dödfött barn var en procent. Av omföderna hade majoriteten tidigare fött barn vaginalt vid någon av sina tidigare förlossningar, 16 procent hade någon gång tidigare genomgått kejsarsnitt, akut (11 %) respektive planerat (5 %). De flesta (64 %) hade ett barn tidigare, 27 procent hade två barn och en mindre andel av kvinnorna (9 %) hade tre eller fler barn. Upplevelsen av tidigare förlossning skattades av 59 procent som ganska positiv eller mycket positiv, 16 procent skattade den ganska negativ eller mycket negativ och en fjärdedel av omföderna hade blandade känslor när de besvarade frågan om tidigare förlossning.





**Figur 3. Länsvis fördelning av rekryterade kvinnor**

**Tabell 2: Sociodemografi för kvinnorna i KUB-projektet samt alla kvinnor som födde barn år 1999**

	<b>Förstföderskor</b> <b>n=1302</b> <b>n (%)</b>	<b>Omföderskor</b> <b>n=1759</b> <b>n (%)</b>	<b>Årskohort 1999</b> <b>n=83059</b> <b>n (%)</b>
<b>Ålder</b> (medelvärde)	27.4	31.0	29.5
<25 år	460 (35.3)	166 (9.4)	13484 (16.2)
25-35 år	778 (59.8)	1341 (76.2)	59728 (72.0)
>35 år	64 (4.9)	252 (14.3)	9753 (11.8)
<b>Civilstånd</b>			
Gifta/sammanboende	1210 (93.3)	1678 (95.9)	75583 (94.8)
Har partner, men bor ej ihop	67 (5.2)	52 (3.0)	2725 (3.4)
Ensamstående	20 (1.5)	20 (1.1)	1445 (1.8)
<b>Födelse land</b>			
Sverige	1177 (90.4)	1583 (90.0)	67558 (82.7)
Övriga Norden	34 (2.6)	36 (2.0)	1894 (2.3)
Övriga Europa	41 (3.1)	62 (3.5)	3431 (4.2)
USA	2 (0.2)	1 (0.1)	180 (0.2)
Sydamerika	13 (1.0)	20 (1.1)	822 (1.0)
Asien	28 (2.2)	41 (2.3)	5930 (7.2)
Australien	2 (0.2)	5 (0.3)	39 (0.05)
Afrika	5 (0.4)	10 (0.6)	1865 (2.3)
<b>Utbildning</b>			
Grundskola	74 (5.7)	150 (8.6)	
Gymnasium	706 (54.7)	952 (54.6)	
Högskola/Universitet 1-3 år	242 (18.6)	366 (21.0)	
Högskola/Universitet >3 år	269 (20.8)	277 (15.9)	
<b>Yrkesområden</b>			
Hälsa- och sjukvård	244 (19.5)	381 (22.3)	
Barnomsorg/ socialt arbete	141 (11.3)	222 (13.0)	
Kultur	32 (2.6)	51 (3.0)	
Handel, ekonomi, juridik	331 (26.5)	406 (23.8)	
Manchettarbeten	124 (9.9)	167 (9.8)	
Teknik och IT	141 (11.3)	187 (11.0)	
Utbildning och undervisning	85 (6.8)	94 (5.5)	
Övrigt	151 (12.1)	197 (11.6)	
<b>Bostadsort</b>			
Storstad	394 (30.6)	434 (25.0)	
Mellanstor stad	264 (20.5)	315 (18.1)	
Mindre stad	287 (22.3)	367 (21.1)	
Landsort/glesbygd	344 (26.7)	620 (35.7)	
<b>Rökning i tidig graviditet</b>	150 (11.5)	182 (10.3)	9979 (12.9)

### Förlossningssätt och förlossningsplats

I tabell 3 visas förlossningssättet hos kvinnorna i projektet, vilket överensstämde väl med uppgifterna om samtliga kvinnor som födde barn under 1999. Majoriteten av kvinnorna födde barn på sjukhus, en liten andel på ABC-enhet. Ingen av kvinnorna i projektet hade en planerad hemförlossning, dock förekom två oplanerade förlossningar i hemmet samt 11 förlossningar under transport till sjukhus.

Flertalet av kvinnorna födde på det sjukhus de hade planerat, men 66 kvinnor (2.4 %) blev överflyttade på grund av platsbrist och ytterligare tre procent födde på annat sjukhus än planerat, oftast beroende på komplikation under graviditeten. Trettiosex kvinnor fick tvillingar, 1 kvinna fick trillingar. Den genomsnittliga graviditetslängden var 39.3 veckor (24-44 veckor) och den genomsnittliga barnvikten 3575 gram. Andelen födda pojkar var 52.8 procent och flickor 47.2 procent.

**Tabell 3: Förlossningssätt och förlossningsplats**

	<b>Förstföderskor</b>	<b>Omföderskor</b>	<b>Totalt</b>	<b>Årskohort 1999</b>
	<b>n=1202</b>	<b>n=1560</b>	<b>n=2762</b>	<b>n=84729</b>
	<b>n (%)</b>	<b>n (%)</b>	<b>n (%)</b>	<b>n (%)</b>
<b>Förlossningssätt</b>				
Vaginal förlossning	842 (70.5)	1314 (84.9)	2156 (78.6)	66765 (78.8)
Sugklocka	155 (13.0)	39 (2.5)	194 (7.1)	5875 (6.9)
Tång	7 (0.6)	5 (0.3)	12 (0.4)	389 (0.5)
Kejsarsnitt	190 (15.9)	190 (12.2)	380 (13.9)	12032 (14.2)
Planerade kejsarsnitt	54 (28.4)	108 (56.8)	162 (42.6)	
Akuta kejsarsnitt	136 (71.6)	82 (43.2)	218 (57.4)	
<b>Förlossningsplats</b>				
Sjukhus	1184 (99.1)	1526 (98.6)	2710 (98.8)	
ABC-enhet	8 (0.7)	12 (0.8)	20 (0.7)	
I hemmet, oplanerat		2 (0.1)	2 (0.1)	
Annat*	3 (0.2)	8 (0.5)	11 (0.4)	
<b>Födde där man planerat</b>				
Ja	1127 (94.1)	1468 (94.8)	2595 (94.5)	
Nej, det fanns ej plats	32 (2.7)	34 (2.2)	66 (2.4)	
Nej, annan orsak	38 (3.2)	46 (3.0)	84 (3.1)	
<b>Orsaker till förlossning på annat ställe</b>				
Prematur förlossning	7 (17.9)	6 (13.3)	13 (15.5)	
Komplikation	20 (51.3)	11 (24.4)	31 (36.9)	
Hann inte	2 (5.1)	13 (28.9)	15 (17.9)	
Flyttat	2 (5.1)	2 (4.4)	4 (4.8)	
Annan orsak	8 (20.5)	13 (28.9)	21 (25.0)	

\*ambulans, i hissen, i bilen

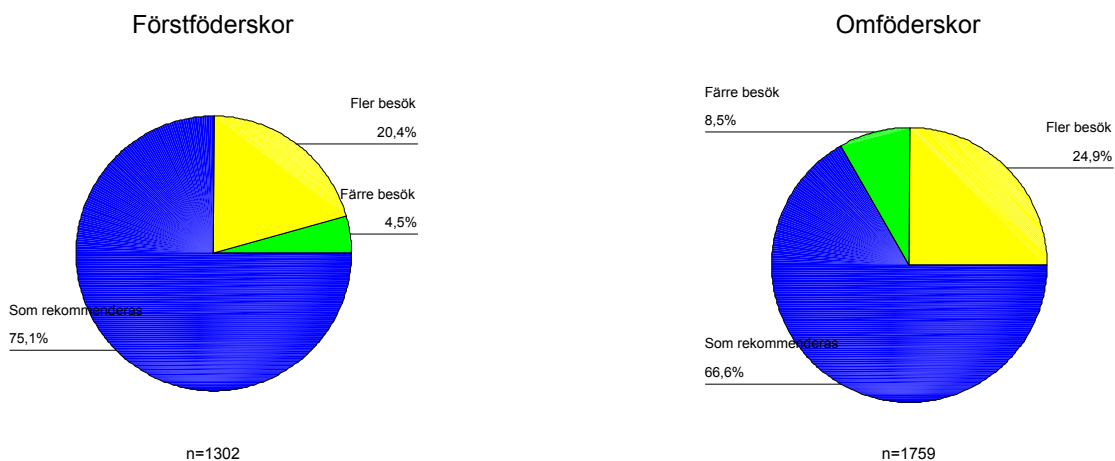
# RESULTAT

## DELARBETE I

Hildingsson I, Waldenström U, Rådestad I. **Women's expectations on antenatal care as assessed in early pregnancy: number of visits, continuity of caregiver and general content.** Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica 2002; 81:118-125

Syftet med delarbete I var att beskriva kvinnors förväntningar i tidig graviditet (n=3061) på mödrahälsovården avseende vårdens innehåll, antalet besök samt vikten av att träffa samma barnmorska under graviditeten.

Majoriteten av kvinnorna (70 %) uppgav att de önskade besöka mödrahälsovården så ofta som rekommenderas enligt basprogrammet, 23 procent trodde att de behövde fler besök än rekommenderat och sju procent färre besök. I figur 4 visas den procentuella fördelningen av förstföderskors och omföderskors preferenser.



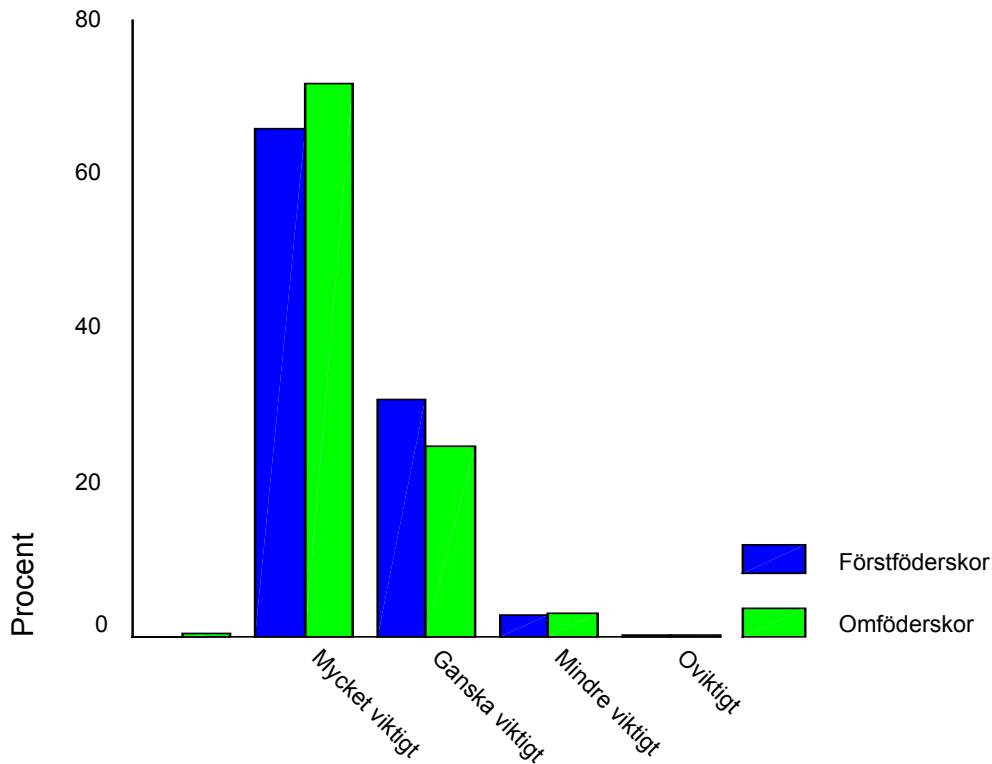
Figur 4. Önskemål om antalet besök i mödrahälsovården

Kvinnor som önskade fler besök var oftare yngre, ensamstående, och hade oftare missfall, abort och infertilitetsproblem i anamnesen jämfört med de kvinnor som ville följa basprogrammet. Bland kvinnor som fött ett dött barn var det dubbelt så vanligt att önska fler besök och även bland kvinnor med en negativ förlossningsupplevelse. De enskilda faktorer som visade samband med önskemål om fler besök vägdes samman med hjälp av regressionsanalys, för att se vilka som vägde tyngst som förklaringsvariabler till önskan om fler besök. Bland förstföderskor kunde önskemål om fler besök förklaras av att vara yngre än 25 år, att tidigare haft missfall och infertilitetsproblem i kombination med assisterad befruktning. Bland omföderskor förklarades önskan om fler besök av missfall, dött barn och negativ förlossningsupplevelse i anamnesen.

På samma sätt studerades kvinnor som önskade färre besök. Bland förstföderskor hade ålder över än 35 år och att graviditeten kom fel i tiden samband med önskemål om färre besök. För

omfödernor gällde också att graviditeten kom fel i tiden men även att ha fler än två barn som förklaringsvariabler.

Majoriteten av kvinnorna (97 %) ansåg att det var mycket viktigt eller ganska viktigt att träffa samma barnmorska vid besöken inom mödrahälsovården, tre procent ansåg att detta var mindre viktigt eller fullständigt oviktigt (Figur 5).



**Figur 5. Vikten av att träffa samma barnmorska vid besöken i mödrahälsovården**

I tabell 4 visas andelen förstfödernor och omfödernor som skattade olika aspekter av mödrahälsovårdens innehåll som ”mycket viktigt”. Kvinnornas bedömning av innehållet i vården visade att kontroll av det ofödda barnets hälsa var högst prioriterat följt av kontroll av kvinnans egen hälsa och ett bemötande som gör att även partnern känner sig delaktig. Det senare påståendet nämndes oftare som ”mycket viktigt” av förstfödernor än av omfödernor och det nämndes mer sällan som ”mycket viktigt” bland kvinnor med invandrarbakgrund.

Att få ett respektfullt bemötande och att det finns tid för samtal och egna funderingar var de påståenden som därefter följde i rangordning. Att få information om förlossningen och om hur man ska sköta sin hälsa under graviditeten, nämndes oftare som ”mycket viktigt” bland förstfödernor jämfört med omfödernor. Att få hjälp att förbereda sig för att klara av förlossningen och att tid ägnas åt det känslomässiga välbefinnandet var påståenden som speciellt kvinnor med en tidigare negativ förlossningsupplevelse nämnde som ”mycket viktigt”. Information om amning och barnets skötsel samt att få möjlighet att gå föräldrautbildning var de påståenden som minst ofta skattades som ”mycket viktigt”.

**Tabell 4: Viktiga aspekter av mödrahälsovårdens innehåll**

	<b>Förstföderskor</b> <b>n=1302</b> <b>n (%)</b>	<b>Omföderskor</b> <b>n=1759</b> <b>n (%)</b>	<b>Totalt</b> <b>n=3061</b> <b>n (%)</b>
<b>Att man kontrollerar att barnet mår bra</b>			
Medelvärde (median)	4.9 (5)	4.9 (5)	4.9 (5)
Mycket viktigt	1225 (95)	1650 (94)	2875 (94)
<b>Att man kontrollerar min egen hälsa</b>			
Medelvärde (median)	4.6 (5)	4.6 (5)	4.6 (5)
Mycket viktigt	920 (72)	1260 (72)	2180 (72)
<b>Att bemötandet är sådant att även min partner känner sig delaktig</b>			
Medelvärde (median)	4.7 (5)	4.4 (5)	4.6 (5)
Mycket viktigt	998 (77)	1079 (62)	2077 (68)
<b>Att jag blir respektfullt bemött</b> (behandlad som en unik individ)			
Medelvärde (median)	4.5 (5)	4.5 (5)	4.5 (5)
Mycket viktigt	847 (66)	1156 (67)	2003 (66)
<b>Att det finns tid för samtal</b>			
Medelvärde (median)	4.4 (5)	4.4 (5)	4.4 (5)
Mycket viktigt	762 (59)	1016 (58)	1778 (58)
<b>Att jag får information om förlossningen</b> (t.ex. om smärtlindring)			
Medelvärde (median)	4.6 (5)	4.0 (4)	4.3 (5)
Mycket viktigt	909 (70)	791 (45)	1700 (56)
<b>Att jag får information om hur jag ska sköta min hälsa under graviditeten</b>			
Medelvärde (median)	4.5 (5)	3.9 (4)	4.2 (5)
Mycket viktigt	871 (67)	760 (43)	1631 (54)
<b>Att få hjälp att förbereda mig så att jag klarar förlossningen</b> (t.ex. avslappningsmetoder)			
Medelvärde (median)	4.5 (5)	3.9 (4)	4.2 (5)
Mycket viktigt	871 (67)	693 (40)	1564 (51)
<b>Att tid ägnas åt mitt känslomässiga välbefinnande</b>			
Medelvärde (median)	3.9 (4)	3.9 (4)	3.9 (4)
Mycket viktigt	468 (36)	675 (39)	1143 (38)
<b>Att jag får information om amning och barnskötsel</b>			
Medelvärde (median)	4.4 (5)	3.4 (3)	3.9 (4)
Mycket viktigt	823 (63)	504 (29)	1327 (44)
<b>Att jag kan gå föräldrautbildningskurs</b>			
Medelvärde (median)	4.0 (4)	2.9 (3)	3.5 (4)
Mycket viktigt	562 (43)	328 (19)	890 (29)

Studiens slutsatser kan sammanfattas i att dagens mödrahälsovård accepteras väl av kvinnorna, både vad gäller kontinuitet och innehåll. Möjligen finns en konflikt mellan kvinnornas höga förväntningar och vad som faktiskt är medicinskt möjligt rörande förebyggande åtgärder för att förbättra barnets hälsa innan det är fött. Ett mer individualiserat besöksprogram är önskvärt och det är viktigt att uppmärksamma kvinnor med obstetriska problem och negativa förlossningsupplevelser i anamnesen.

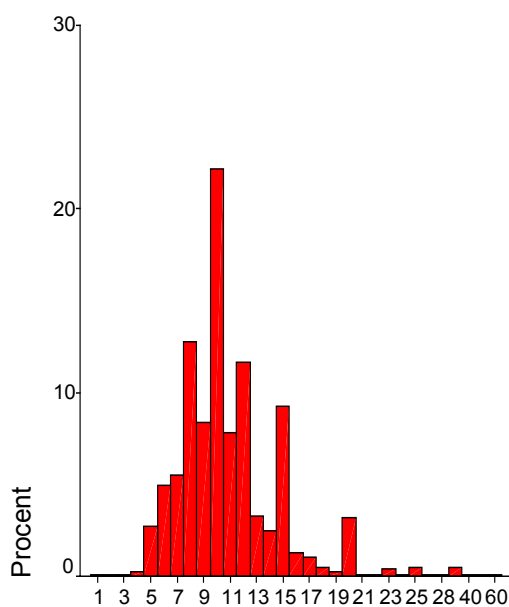


## DELARBETE II

Hildingsson I, Rådestad I, Waldenström U. **Number of antenatal visits and women's opinions. A national survey** (inskickat till tidskrift).

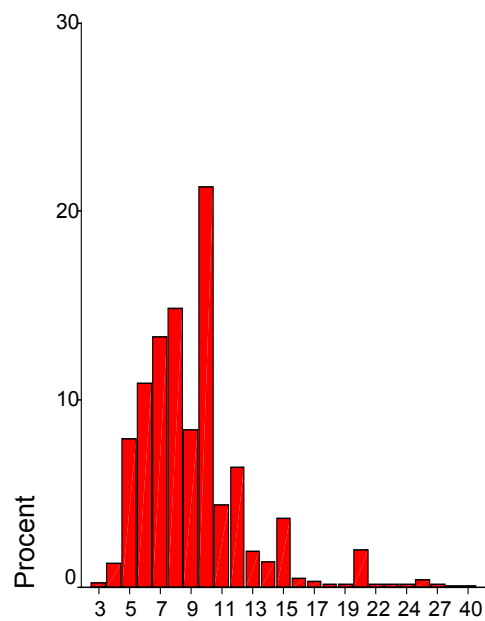
Syftet med delarbete II var att göra en uppföljning av antalet erhållna barnmorskebesök under graviditeten hos 2421 kvinnor med fullgångna graviditeter och levande födda barn. Syftet var också att studera kvinnornas åsikter om huruvida de ansåg att besöken var för få, lagom eller för många. Ett ytterligare syfte var att se om antalet besök påverkade kvinnornas tillfredsställelse med mödrahälsovården.

Resultatet visade att 25 procent av kvinnorna följde det rekommenderade basprogrammet, 57 procent erhöll fler besök och 17 procent färre besök. Figur 6 och 7 visar antalet besök hos förstföderskor och omföderskor. Förstföderskor gjorde i genomsnitt 11.1 barnmorskebesök och 2.9 läkarbesök, omföderskor 9.2 barnmorskebesök och 2.7 läkarbesök. De allra flesta (87 %) var nöjda med antalet barnmorskebesök, men 11 procent tyckte att besöken var för få och två procent angav att besöken var för många.



Antalet barnmorskebesök

**Figur 6. Förstföderskors besök n=1050**



Antalet barnmorskebesök

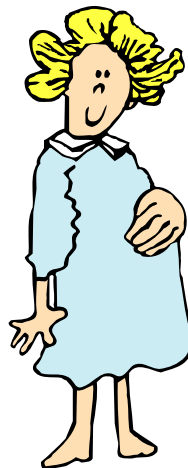
**Figur 7. Omföderskors besök n=1371**

Fler besök var vanligare bland förstföderskor, kvinnor yngre än 25 år, hos de kvinnor som fick en medicinsk diagnos eller hade tecken på depression eller stark oro tidigt i graviditeten. Färre besök förekom hos kvinnor äldre än 35 år, omföderskor och kvinnor med hög utbildningsnivå. Kvinnor som två månader efter förlossningen ansåg att antalet besök var för få var mer oroliga och hade önskemål om fler besök men erhöll färre. Att anse besöken som för många hade samband med att ha många barn, vara född utomlands, låg utbildningsnivå, medicinsk diagnos, tidigare negativ förlossningsupplevelse och önskemål i tidig graviditet att få färre besök.



I en sammanfattande bedömning av mödrahälsovården var majoriteten av kvinnorna (87.5 %) nöjda eller mycket nöjda. En mindre andel (1.5 %) var missnöjda när de gjorde en övergripande bedömning av mödrahälsovården, tre procent var missnöjda med det medicinska omhändertagandet och fyra procent med det känslomässiga omhändertagandet. Inga samband fanns mellan tillfredsställelse med vården och antalet besök som kvinnorna erhöll. Kvinnornas uppfattning om antalet besök visade däremot samband med tillfredsställelse med vården (Tabell 5-7). De kvinnor som var missnöjda med antalet besök var mindre nöjda med mödrahälsovården, särskilt de kvinnor som ansåg att antalet besök var för få. Kvinnor som tyckte att det var för många besök var missnöjda med de känslomässiga aspekterna av vården, men inte de medicinska.

Slutsatserna av detta delarbete är att de flesta kvinnor erhåller fler barnmorskebesök än som rekommenderas i de nationella riktlinjerna. Antalet besök grundade sig till stora delar på kvinnors medicinska och emotionella behov och i någon mån utifrån kvinnors önskemål. Majoriteten av kvinnorna var tillfredsställda med antalet besök och den övergripande bedömningen av vården. Avgörande för tillfredsställelse med vården var inte antalet erhållna besök utan kvinnornas upplevelse av antalet besök. Mödrahälsovården skulle kunna individualiseras ytterligare om barnmorskorna frågar kvinnorna om deras önskemål beträffande antalet besök.



**Tabell 5: Tillfredsställelse med medicinska aspekter av mödrahälsovården**

	Positiv n (%)	Neutral n (%)	Negativ n (%)	RR för negativ
<b>ANTAL BESÖK</b>				
Färre besök	81.6%	16.6%	1.8%	0.5 (0.2-1.2)
Basprogram	80.1%	16.4%	3.5%	Referens
Fler besök	84.1%	13.1%	2.8%	0.8 (0.5-1.3)
<b>KVINNORNAS UPPFATTNING</b>				
För få	68.4%	25.6%	6.0%	2.5 (1.4-4.3)***
Lagom	84.5%	13.1%	2.4%	Referens
För många	73.8%	23.8%	2.4%	1.0 (0.1-7.0)

**Tabell 6: Tillfredsställelse med känslomässiga aspekter av mödrahälsovården**

	Positiv n (%)	Neutral n (%)	Negativ n (%)	RR för negativ
<b>ANTAL BESÖK</b>				
Färre besök	74.1%	21.8%	4.1%	1.2 (0.6-2.2)
Basprogram	75.5%	21.0%	3.5%	Referens
Fler besök	79.4%	16.8%	3.8%	1.1 (0.6-1.8)
<b>KVINNORNAS UPPFATTNING</b>				
För få	64.3%	25.2%	10.5%	3.6 (2.3-5.5)***
Lagom	79.2%	17.9%	2.9%	Referens
För många	57.1%	31.0%	11.9%	4.0 (1.7-9.5)***

**Tabell 7: Helhetsbedömning av mödrahälsovården**

	Positiv n (%)	Neutral n (%)	Negativ n (%)	RR för negativ
<b>ANTAL BESÖK</b>				
Färre besök	84.7%	14.2%	1.0%	0.6 (0.2-1.9)
Basprogram	87.3%	10.9%	1.8%	Referens
Fler besök	89.0%	9.9%	1.1%	0.6 (0.3-1.4)
<b>KVINNORNAS UPPFATTNING</b>				
För få	70.7%	25.2%	4.1%	4.3 (2.1-8.8)***
Lagom	89.9%	9.1%	1.0%	Referens
För många	83.3%	14.3%	2.4%	2.5 (0.3-18.0)

## DELARBETE III

Hildingsson I, Rådestad I, Rubertsson C, Waldenström U. **Few women wish to be delivered by caesarean section.** British Journal of Obstetrics and Gynaecology, 2002; 109:618-623.

Syftet med delarbete III var att undersöka hur många kvinnor i Sverige som skulle vilja förlösas med kejsarsnitt vid tiden för förlossning när de tillfrågas i graviditeten, samt vad som utmärker dessa kvinnor (n=3061).

Resultatet visade att 8.2 procent av kvinnorna i studien önskade kejsarsnitt. Tabell 8 visar bakgrundsdata bland först- och omfödelskor som önskade bli förlösta med hjälp av kejsarsnitt eller vaginal förlossning. Kvinnor som föredrog kejsarsnittförlossning var oftare äldre än 35 år, ensamstående, rökare och boende i små städer jämfört med kvinnor som önskade föda vaginalt. Det var vanligt att de kvinnor som önskade kejsarsnitt tidigare hade gjort abort, genomgått kejsarsnittsförlossning, samt hade oftare en tidigare negativ förlossningsupplevelse.

Kvinnor som önskade kejsarsnitt var i högre grad oroliga, både inför förlossningen och annat, exempelvis för relationer, ekonomi och den egna hälsan, jämfört med kvinnor som önskade vaginal förlossning. Kvinnorna med önskan om kejsarsnitt var oftare oroliga för att det skulle vara något fel på barnet samt sin förmåga att ta hand om barnet. En önskan om kejsarsnitt hade även samband med att vara orolig för gynekologisk undersökning, att bli inlagd på sjukhuset och för att få missfall. Kvinnorna med kejsarsnittsönskemål visade i högre grad depressiva symtom och upplevde graviditeten mer negativt än kvinnor som önskade vaginal förlossning. När de enskilda variablerna sammanvägdes i en regressionsanalys, var de starkaste riskfaktorerna för att önska kejsarsnitt bland förstfödelskor, rädsla inför förlossningen. Hos omfödelskor var tidigare planerat kejsarsnitt eller akut kejsarsnitt, förlossningsrädsla samt en negativ förlossningsupplevelse i anamnesen prediktorer för kejsarsnittsönskan.

Slutsatserna av delarbetet är att få kvinnor önskar kejsarsnitt när de tillfrågas i tidig graviditet, ungefär hälften så många som senare förlöses med kejsarsnitt. Den bild som ibland framställs i media att kravfulla kvinnor med kontrollbehov förklarar den ökade andelen kejsarsnitt kunde inte bekräftas i denna studie. Snarare kan man anta att den grupp kvinnor som identifierats i denna studie och som önskade kejsarsnitt kan behöva psykologiskt stöd för att bearbeta rädsla inför förlossningen och tidigare förlossningsupplevelser.

**Tabell 8: Kvinnors önskemål om förlossningssätt**

	Kejsarsnitt		Vaginal förlossning	
	Förstföderskor n=92 n (%)	Omföderskor n=154 n (%)	Förstföderskor n=1192 n (%)	Omföderskor n=1575 n (%)
<b>Åldersgrupper</b>				
<25 år	36 (39.1)	12 (7.8)	421 (35.3)	150 (9.5)
25-35 år	47 (51.1)	116 (75.3)	718 (60.2)	1207 (76.6)
>35 år	9 (9.8)	26 (16.9)	53 (4.4)	218 (13.8)
<b>Civilstånd</b>				
Gifta/sammanboende	85 (92.4)	140 (92.1)	1110 (93.5)	1511 (96.4)
Ensamstående	7 (7.6)	12 (7.9)	77 (6.5)	57 (3.6)
<b>Utbildning</b>				
Grundskola	8 (8.8)	14 (9.2)	62 (5.2)	131 (8.4)
Gymnasium	50 (54.9)	92 (60.1)	651 (55.0)	844 (54.0)
Högskola/Universitet	33 (36.3)	47 (30.7)	470 (39.7)	588 (37.6)
<b>Rökning i tidig graviditet</b>				
	16 (17.4)	27 (17.6)	133 (11.2)	153 (9.8)
<b>Obstetrisk historia</b>				
Missfall	16 (17.4)	41 (26.6)	169 (14.2)	426 (27.0)
Abort	18 (19.6)	48 (31.2)	221 (18.5)	357 (22.7)
Födelse av dött barn		5 (3.2)		24 (1.5)
Tidigare vaginal förlossning		80 (51.9)		1443 (91.6)
Tidigare planerat kejsarsnitt		41 (26.6)		42 (2.7)
Tidigare akut kejsarsnitt		61 (39.6)		127 (8.1)
Upplevt tidigare förlossning positivt		46 (30.7)		975 (62.3)
Blandade känslor inför tidigare förlossning		38 (25.3)		387 (24.7)
Upplevt tidigare förlossning negativt		66 (44.0)		202 (12.9)
<b>Nuvarande graviditet</b>				
Planerad	85 (92.4)	133 (87.5)	1129 (95.0)	1479 (94.3)
Ej planerad	7 (7.6)	19 (12.5)	60 (5.0)	90 (5.7)
Upplever graviditeten positivt	77 (83.4)	122 (80.3)	1098 (92.5)	1435 (91.4)
Blandade känslor	13 (14.1)	29 (19.1)	87 (7.3)	130 (8.3)
Upplever graviditeten negativt	2 (2.2)	1 (0.6)	2 (0.2)	4 (0.3)
Tillräckligt stöd från partner	88 (96.7)	139 (91.4)	1134 (95.5)	1466 (93.6)
Ej tillräckligt stöd från partner	3 (3.3)	13 (8.6)	54 (4.5)	100 (6.4)
<b>Stark oro</b>				
Ekonomi	18 (19.6)	20 (13.0)	124 (10.4)	142 (9.0)
Förhållandet till familj och vänner	8 (8.7)	7 (4.5)	26 (2.2)	27 (1.7)
Att det skulle vara något fel på barnet	40 (43.5)	51 (33.1)	321 (26.9)	340 (21.6)
Egen hälsa	7 (7.6)	16 (10.4)	62 (5.2)	100 (6.3)
Att bli inlagd på sjukhus	8 (8.7)	17 (11.0)	68 (5.7)	82 (5.2)
Gynekologisk undersökning	5 (5.4)	11 (7.1)	45 (3.8)	44 (2.8)
Förlossningen	55 (59.8)	83 (53.9)	258 (21.6)	211 (13.4)
Att klara av att ta hand om barnet	14 (15.2)	7 (4.5)	70 (5.9)	27 (1.7)
Risken för missfall	33 (35.9)	41 (26.6)	317 (26.6)	283 (18.0)
<b>Depressiva symtom</b>				
EPDS 0-14	83 (90.2)	128 (83.1)	1111 (93.2)	1462 (92.9)
EPDS 15-30	9 (9.8)	26 (16.9)	81 (6.8)	112 (7.1)

## DELARBETE IV

Hildingsson I, Waldenström U, Rådestad I. **Swedish Women's Interest in Home birth and In-Hospital Birth Center Care.** Birth 2003;31:11-22.

Syftet med delarbete IV var att undersöka hur många kvinnor som är intresserade av hemförlossning och ABC-vård när de tillfrågas i tidig graviditet (n=3061), två månader (n=2762) och ett år efter förlossningen (n=2563) samt att försöka identifiera kännetecknen för kvinnor som har önskemål om att föda sitt barn hemma respektive på en ABC-enhet.

### Hemförlossning

Tabell 9 visar att fem procent av kvinnorna var intresserade av hemförlossning när de tillfrågades i tidig graviditet. Två månader efter förlossning var andelen två procent och ett år efter förlossningen var intresset för att kunna tänka sig att planerat föda ett barn hemma tre procent. Endast data från de kvinnor som uttryckt intresse för hemförlossning vid samtliga tre mättillfällen (1 %) analyserades vidare (n=24).

**Tabell 9: Kvinnors intresse för hemförlossning och ABC-vård**

	I tidig graviditet n (%)	Två månader efter förlossning n (%)	Ett år efter förlossning n (%)
<b>Hemförlossning</b>			
Ja	148 (5)	63 (2)	81 (3)
Nej	2572 (84)	2507 (92)	2322 (91)
Vet ej	327 (11)	161 (6)	144 (6)
<b>ABC-vård</b>			
Ja	689 (23)	699 (26)	690 (27)
Nej	876 (29)	1096 (40)	1117 (44)
Vet ej	1463 (48)	931 (34)	736 (29)

Kvinnor som hade fler än två barn visade ett större intresse för att föda sitt barn i hemmet, likaså kvinnor som var ensamstående, lågutbildade och rökare, jämfört med kvinnor som inte kunde tänka sig hemförlossning eller var osäkra. Det var vanligare bland omfödskor att vilja föda hemma och dessa kvinnor hade en mycket positiv förlossningsupplevelse från tidigare födslar. Kvinnorna som var intresserade av hemförlossning hade oftare övervägt abort och de hade inget eller lite stöd från partner, jämfört med de övriga kvinnorna. De som önskade hemförlossning ville i högre grad ha en väninna och barnets syskon med vid förlossningen jämfört med kvinnor som inte var intresserade av en planerad hemförlossning. Att känna barnmorskan före förlossningen var inte viktigt och de ville inte ha smärtlindring vid förlossningen, varken farmakologisk eller icke-farmakologisk.

Ingen av kvinnorna i projektet genomförde någon planerad hemförlossning. Två kvinnor födde oplanerat hemma (utan att vara intresserade av hemförlossning), nio kvinnor födde under transporten till sjukhuset, 18 kvinnor födde barn på ABC-enhet och övriga kvinnor födde sitt barn på sjukhus. De enda faktorer under själva förlossningen som skilde sig åt mellan de kvinnor som var intresserade av hemförlossning jämfört med de övriga var att de

var mer missnöjda med stödet från läkare och det medicinska omhändertagandet i samband med förlossningen.

Alla enskilda statistiskt signifikanta variabler som kunde förklara intresse för hemförlossning, vägdes samman i en regressionsanalys som visade följande: önskemål om att ha barnets syskon med vid förlossningen, inte vilja ha farmakologisk smärtlindring under förlossningen, önskemål om att ha väninna med vid förlossningen, låg utbildningsnivå och missnöje med medicinska aspekter av förlossningen var de faktorer som sammantaget kunde förklara variansen i intresset för hemförlossning (Tabell 10).

**Tabell 10: Förklarande faktorer för intresse för alternativa vårdformer**

	Intresse för hemförlossning OR (95 % CI)	Intresse för ABC-vård OR (95 % CI)
Önskemål om att ha barnets syskon med vid förlossningen	20.2 (6.2-66.5)	
Ingen farmakologisk smärtlindring önskas vid förlossningen	15.2 (6.2-37.4)	2.3 (1.3-4.1)
Önskemål om att ha väninna med vid förlossningen	4.7 (1.4-15.3)	
Låg utbildningsnivå	4.5 (1.8-11.4)	
Upplevelse av kontroll under förlossningen		8.3 (3.2-21.6)
Önskemål om att känna barnmorskan som ska vara med vid förlossningen		2.2 (1.6-2.9)

### ABC-vård

I tidig graviditet uttryckte 23 procent av kvinnorna intresse för ABC-vård. Två månader efter förlossningen var 26 procent intresserade och ett år efter förlossningen var 27 procent av kvinnorna intresserade av ABC-vård (Tabell 9). De kvinnor som uttryckte intresse för ABC-vård vid alla tre mättillfällen (n=217) motsvarade åtta procent av studiepopulationen och dessa kvinnor jämfördes därefter med alla andra kvinnor.

Att tidigare ha fött barn hade samband med önskan om ABC-vård, likaså var det vanligare att kvinnor födda utanför Sverige var intresserade av denna vårdform. En tidigare mycket positiv förlossningsupplevelse var en stark prediktor för intresse för ABC-vård. Precis som de kvinnor som var intresserade av hemförlossning så var det vanligare att vilja ha barnets syskon och en väninna med vid förlossningen, om man önskade ABC-vård. Det var viktigt för dessa kvinnor att känna eller vara bekant med barnmorskan innan förlossningen. Kvinnorna som uttryckte ett intresse för ABC-vård ville inte ha någon farmakologisk smärtlindring under förlossningen, men kunde tänka sig icke-farmakologisk smärtlindring.

Kvinnor som önskade ABC-vård hade i hög grad upplevt sig ha kontroll över situationen under förlossningen, de var nöjda med graden av delaktighet och gav en positiv helhetsbedömning av vården. Dock fanns ett missnöje med stödet från läkare. När de statistiskt signifikanta variablerna vägdes samman i en regressionsanalys förklarades intresset för ABC-vård av upplevelsen av kontroll, att inte vilja ha farmakologisk smärtlindring och önskemål om känna barnmorskan vid förlossningen (Tabell 10).

Sammanfattningsvis innebär generalisering av resultaten av denna studie, att om svenska kvinnor skulle få möjlighet att fritt välja var de vill föda barn så skulle resurserna till hemförlossning behöva öka tiofald och ABC-enheter skulle behöva finnas vid de 20 största sjukhusen i Sverige.



## KVINNORS EGNA BESKRIVNINGAR AV VIKTIGA ASPEKTER AV VÅRDEN

En tredjedel av kvinnorna besvarade den öppna frågan i tidig graviditet (n= 1012 kvinnor). Av dessa bedömdes svaren i 826 av frågeformulären beröra aspekter relaterade till vården. Citaten grupperades i fyra huvudkategorier och 11 teman. De fyra kategorierna var ”Barnmorskans egenskaper”, vilken innehöll 754 citat, ”Vården under graviditet”, (784 citat) ”Vården under förlossning” (286 citat) och ”Vården efter förlossning” (165 citat). Förutom de teman som framkom skrev 33 kvinnor exempel på upplevelser av vården, vanligtvis detaljerade beskrivningar från tidigare förlossningar där mötet med barnmorskor eller läkare hade upplevts negativt. Dessa beskrivningar upptog stora delar av frågeformulärets därför avsedda utrymme samt även formulärets in- och utsidor. Ett antal (15) kvinnor beskrev positiva upplevelser, där barnmorskan framhölls som ett stöd och ett 50-tal kvinnor konstaterade att ”vården är bra”. Nedan följer en översikt av teman som illustreras med valda citat.

### Barnmorskans egenskaper

När kvinnorna gavs möjlighet att med egna ord i en öppen fråga beskriva vad de ansåg viktigt när de väntar och ska föda barn så framhöll de ofta barnmorskans psykologiska kompetens och personliga egenskaper, vanligtvis beskrivet i generella ordalag. Den medicinsk-tekniska kompetensen nämndes mindre ofta. De flesta synpunkter rörde barnmorskans förmåga att möta kvinnans och hennes partners behov. Att bli lyssnad på och tagen på allvar av barnmorskan, att bli behandlad som en unik individ (och inte bara en mage) var synpunkter som ofta framkom. Att bli respekterad och behandlad som en vuxen var också viktigt. Andra aspekter som framfördes var att barnmorskan skulle involvera kvinnan och hennes partner i vården, ge stöd, skapa trygghet, vara närvarande på rummet, och inte se graviditet som en sjukdom.

*...Att de lyssnar och tar vad man säger på allvar...*

*....Att bli bemött med respekt av personalen. Jag är en tänkande individ, inte en vandrande livmoder...*

*...Under förlossningen vill jag känna att jag är välinformerad om vad som händer och att jag är helt delaktig i de beslut som fattas att jag är viktig och att min åsikt är viktig, jag vill känna att jag kan få hjälp när så behövs...*

Bland de personliga egenskaper som nämndes var att barnmorskan skulle vara vänlig och accepterande, ha en välkomnande attityd och inte vara dömande. Hon skulle vara förtroendeingivande och tydlig, hjälpsam, inte stressad. Att personkemin skulle stämma var viktigt för kvinnan, barnmorskan får inte lukta (vare sig svett, parfym, rök eller vitlök) och barnmorskan ska vara en kvinna.



.... Jag vill bli bemött på ett varmt och vänligt sätt, så att jag känner mig lugn och avslappnad, inte orolig...

....MVC-barnmorskor behöver mer utbildning i bemötandet av medmänniskor... "Hennes" värderingar skall inte lysa igenom och fördöma den gravida kvinnans...

.... Vid min andra förlossning kom en sköterska som hade ätit kryddad mat, vitlök och jag skulle vilja rekommendera att man ej får äta sådant när man arbetar på förlossningen eller använder starka parfymer med tanke på att man är så pass känslig för lukter...

Barnmorskans kompetens och erfarenhet beskrevs. Barnmorskan skulle vara handlingskraftig, erfaren, uppdaterad och gärna ha fött egna barn.

.... Jag vill ha en aktiv barnmorska under förlossningen. Hon skall informera mig om hur jag kan underlätta förlossningen genom lägesändringar osv. Hon skall inte helt dominera utan råda mig. Det får inte vara någon som sitter i ett hörn och säger "gör vad som känns bäst för dig". Hon skall också vara yrkesskicklig så att jag litar på henne. Hon måste kunna tolka försämringar hos barnet och handla därefter...

...Jag förväntar mig att den personal jag möter är medicinskt kompetent, uppdaterad och inläst, att de inte tvekar att kontakta specialister för att fråga eller remittera att de har kontakt med olika gynekologer, arbetsterapeuter, sjukgymnaster. Att de törs gå utanför protokollet. Det medicinska omhändertagandet är viktigast...

## **Vården under graviditeten**

### *Vårdens struktur*

Nästan 40 procent av citaten berörde vården under graviditeten. Av de strukturella aspekterna av vården som togs upp var tillgängligheten betydelsefull. Kvinnorna ville att det ska vara lätt att komma i kontakt med sin mödravårdsbarnmorska via telefon eller snabbt få en tid för besök. Detta var önskvärt även på kvällstid och under jourtid och kvinnorna tyckte inte om långa väntetider.

.... Tillgänglighet är viktigt, möjlighet att komma på besök med kort varsel...

*.... Det är viktigt att kunna nå sin barnmorska dygnet runt om något olustigt inträffar...*

Antalet besök inom mödrahälsovården upplevdes vanligen som för få, men några kvinnor upplevde dem för många. Några nämnde att besökens antal borde individualiseras och att det skulle finnas möjlighet till extra besök om kvinnor hade behov av det. Det var också viktigt att det fanns tillräckligt med tid under besöken, att kvinnorna fick komma tidigt för inskrivning och att inte intervallen mellan besöken blev för långa, särskilt i början av graviditeten.

*....Det borde finnas valfrihet när det gäller besök och provtagningar på MVC...*

*.... Jag tycker man ska göra fler besök tidigare och oftare för det är då man är mest orolig om det har hänt barnet något...*

Kontinuitet under graviditeten poängterades som viktigt. Kontinuitet kunde uppnås genom samarbete med andra yrkeskategorier, exempelvis barnhälsovården. Kvinnorna önskade också ha samma barnmorska under graviditeten och mellan olika graviditeter, även om dessa inte slutat lyckligt. Önskemål fanns om att i samband med läkarbesök, även få träffa sin barnmorska.

*... Det är viktigt med samma barnmorska, som man lär känna och som förstår och tar problem på allvar...*

*...Jag önskar träffa barnmorska även vid läkarbesöken på MVC...*

#### *Vårdens innehåll*

Kvinnorna beskrev det som viktigt att barnets och deras egen hälsa stod i fokus, både under och efter graviditeten. Detta skulle ske genom läkarundersökningar, ultraljudsundersökningar och fosterdiagnostik och möjlighet att bli remitterad om problem skulle uppstå. Kvinnor som tidigare haft komplikationer i samband med graviditeten eller förlossningen poängterade vikten av extra kontroller för att undvika att detta upprepades. De psykologiska aspekterna av vårdens innehåll betonades. Det var viktigt för kvinnorna att få möjlighet att ställa frågor och få dem besvarade samt att det fanns tid för samtal. Några exempel som belyser detta tema:

*.... Mödravården bör oftare kontrollera den gravidas hälsa och oftare samtala om ens fysiska och psykiska tillstånd under pågående graviditet...*

*.....Finns till hands för frågor, kolla hälsan hos mitt barn vilket också gäller mig, ultraljud viktigt...*

*... Jag skulle vilja ha mer samtal med barnmorska eller personal på MVC angående psykiska förändringar som ofta leder till förändringar i relationen till sambo/make ...*

*... Jag är över 35 år. Det som har varit jobbigt är att fostervattenprov har erbjudits. Jag har funderat mycket, ensam och tillsammans med min partner. Nästan upplevt det som ett övergrepp att tvingats ta ställning till detta. Det hade varit mycket bättre om inte detta alls hade kommit på tal. Att slippa ta ställning...*

### *Information och föräldrautbildning*

Kvinnorna önskade information om kroppsliga och psykiska förändringar under och efter graviditeten och hur de ska leva för att upprätthålla hälsa. Den blivande pappan behövde också få del av denna information för att kunna vara ett stöd för sin partner ansåg kvinnorna. Det var viktigt att kvinnorna fick information om komplikationer som kan uppstå och om tiden efter förlossningen. Hur man ska sköta barnet och frågor om amning var av intresse, samt allmän och riktad information rörande spørsmål (både medicinska och sociala) som behandlas under graviditet och förlossning. Informationen skulle vara rak, tydlig, ärlig och relevant. Föräldrautbildningen sågs som ett forum för kontakt med andra i samma livssituation och en hjälp för förberedelse inför förlossningen. Omföderns önskade också delta i föräldrautbildningen.

*... Jag tycker att det behövs mer information till mamman hur det är efter förlossningen. När jag födde mitt första barn så var jag helt oförberedd på hur det kan kännas både fysiskt och psykiskt efter en förlossning...*

*... Jag tycker det är viktigt att man talar om att det kan gå fel vid förlossningen och inte bara talar om naturliga förlossningar....*

*....Som det är nu, får bara förstagångsföderns tillfälle att gå i föräldragrupp. Jag känner att även jag som omfödern skulle må bra av att få träffa andra som väntar nr 2 eller nr 3 och dela tankar och funderingar med dem....*



## Vården under förlossning

### *Vårdens struktur*

Kvinnorna önskade kontinuitet i form av att ha den barnmorska de lärt känna under graviditeten med vid förlossningen, eller en barnmorska som de tidigare har träffat. Det framkom även synpunkter på att det var önskvärt att slippa byta barnmorska under pågående förlossning.

*...Samma barnmorska eller grupp av barnmorskor under mödravård, förlossning och BB-vård vore önskvärt ...*

*...Jag önskar att samma barnmorska som följt min graviditet också är med vid min förlossning. Här finns mycket att åtgärda inom mödravården i Sverige...*

Kvinnorna oroade sig för personalbrist och för personalens arbetssituation. De beskrev också sin oro över de indragningar som sker och den nedrustning av sjukvårdens resurser som pågår. Att inte få plats eller att bli hänvisad till annat sjukhus var faktorer som oroade kvinnorna. Kvinnorna beskrev önskemål såsom att miljön på förlossningsavdelningen borde vara hemlik och alternativ finnas tillgängliga, exempelvis i form av ABC-kliniker, samvård på neonatalklinik eller privat förlossning. Små, nära, på hemorten belägna förlossningskliniker efterfrågades.

*... Alla nedskärningar inom vården oroar! Sliten, stressad underbetald personal och fullbelagda förlossningsavdelningar och BB-avdelningar. Allt detta medverkar till oro. Det jag önskar av förlossningsvården är en trygg miljö och att i förväg få veta vilket sjukhus man ska föda på...*

*.... En form av ABC-enhet även för dem som vill ha bedövning eller liknande. Att få föda i hemlik miljö men med tillgång till medicinsk expertis känns viktigt...*

### *Vårdens innehåll*

Tillgång till smärtlindring under förlossning beskrevs som viktigt för en del kvinnor, men vissa kvinnor poängterade att de ville slippa bli pådyvlad smärtlindring som inte önskades. Att barnets hälsa övervakades under förlossningen skapade kontroll för kvinnorna. Exempel fanns även på att kvinnorna önskade att alternativ erbjöds i form av akupunktur, bad och vattenförlossning.

*...Varför ska vi kvinnor ha outhärdligt ont när hjälp finns? Är det för att man ska känna sig duktig efteråt? Fram för riktiga valmöjligheter vad gäller smärtlindring. Som det nu är, är det barnmorskorna som väljer....*

*... Ge mig stöd i att våga föda- att våga känna smärta. Det gör ont att föda barn- viktigt att man blir medveten om det så att man psykiskt kan förbereda sig bättre mot smärtan. Förlossningsvården skall stärka mig i mitt självförtroende att föda....*

### *Information och förberedelse*

Under förlossningen var det viktigt med kontinuerlig information om förlossningens framåtskridande och försäkran om att allt är som det ska. Kvinnorna beskrev att det var viktigt att personalen efterföljde deras önskemål inför förlossningen och de ville gärna besöka förlossningsavdelningen i förväg. Kvinnorna önskade diskutera igenom sin tidigare förlossning. I planering av den kommande förlossningen var det viktigt att hänsyn togs till tidigare komplikationer eller rädsla inför förlossningen.

*.... Under förlossningen är det viktigt att man hela tiden blir informerad om vad som pågår. Varför barnmorskan gör vissa åtgärder och hur barnet mår. Får man inte denna information med en överdriven tydlighet känner man sig väldigt ensam, orolig och svag vilket förvärrar förlossningen. En födande kvinna känner mycket väl på sig om något är fel...*

*.... Jag tycker att det är viktigt att personalen på sjukhuset ska kunna läsa i min journal vad jag önskar inför förlossningen. Jag hade en tuff förlossning första gången och vill inte att det ska gå så illa igen .....*



## **Vården efter förlossningen**

### *Vårdens struktur*

Kvinnorna oroade sig för att tvingas åka hem vid en tidpunkt de själva inte valt. Önskemål fanns att stanna på BB tills amningen fungerar. Flexibel eftervård efterfrågades med stöd i hemmet i form av hembesök, eller genom telefonsamtal. Kvinnorna skrev att det var viktigt att den nyblivna pappan får möjlighet att stanna kvar på BB, även nattetid, för att dela upplevelsen, och få vara med barnet. Pappans roll är att vara ett stöd för sin kvinna för att de ska bli en familj. Det var också viktigt att kvinnorna gavs möjlighet att prata igenom sin förlossning efteråt med den barnmorska som varit med. Alternativ i form av patienthotell och familjerum beskrevs som önskvärt, men även önskemål om återgång till traditionell BB-vård omnämndes. Flexibla besökstider för anhöriga önskades.

*... Något jag tycker är viktigt är att man ska få vara kvar på BB så länge man känner att man behöver det. Helt galet med den nya begränsade tiden. BB-tiden är en av de viktigaste dagarna i en kvinnas liv och det ska respekteras. Har man barn hemma kan man behöva hämta krafter innan man kommer hem och är man förstföderska så kan det vara oroligt...*

*...Att pappan alltid ska kunna stanna kvar så att man tidigt blir en familj – på sjukhuset..*

*....Vad gäller eftervården efterlyser jag mer av det gamla vanliga BB. Särskilt efter första förlossningen, man behöver prata av sig med andra mammor och få stöd av kunnig och förstående personal. Det är också roligt att knyta kontakter med andra inför framtiden...*

*....att man efter förlossningen får träffa den barnmorska som var med och prata igenom hur det gick...*

#### *Vårdens innehåll*

Citat som rörde BB-vården inriktades även på vikten av att få stöd och hjälp med amning. Kvinnorna ville ha avlastning nattetid för att få vila och hämta kraft. Att kvinnans egen hälsa bör ges adekvat utrymme under BB-vistelsen framkom.

*..... Man kan aldrig hjälpa till för mycket angående amningen. Speciellt första barnet. Ett positivt och ej fördömande sätt från sköterskorna på BB är mycket viktigt när man skall börja att amma. Atingen man klarar av det eller ej. Såriga bröstvårtor och mjölk som ej rinner till är fruktansvärt jobbigt. Kvinnan som har svårt att amma lider säkert av att se den som ammar så att mjölken sprutar...*

*..... Att man får mer hjälp av barnmorskorna på sjukhuset. Att man hade möjlighet att lämna barnet ifrån sig på natten och även dagtid då man får möjlighet att sova och vila. Vilket blir jättesvårt när man väl kommer hem....*

Sammanfattningsvis kan den öppna frågan som besvarades i början av graviditeten sägas visa att kvinnor har åsikter om både vårdens organisation och innehåll samt barnmorskans kompetens och bemötande. De flesta citat rörde vården under den aktuella fasen av graviditeten, mödrahälsovården, men kvinnor berörde även vården under förlossningen och eftervården. Omföderskor var mer precisa i sina önskemål medan förstföderskor var mer generella i sina uttryck, vilket rimligen kan hänföras till deras olika erfarenheter.

## METODDISKUSSION

Detta är troligen den enda studien av kvinnors upplevelser och erfarenheter av barnafödande som grundar sig på ett nationellt urval. Andra internationella och nationella studier bygger på regionala eller lokala urval (Brown & Lumley, 1994; Declercq, *et al.*, 2002). Detta är möjligt i Sverige eftersom vi har en så enhetlig organisation av mödrahälsovården. Vi rekryterade drygt 70 procent av samtliga svensktalande kvinnor och omkring 60 procent av det totala antalet kvinnor som skrevs in i svensk mödrahälsovård under rekryteringsperioden. Det svenska systemet med personnummer gjorde det möjligt att göra en bortfallsanalys. Postade frågeformulär gav oss möjlighet att rekrytera ett stort antal kvinnor från hela Sverige till studien. De flesta av landets mödravårdscentraler (97.5 %) var med och deltog i rekryteringen av deltagare till studien. Kohorten utgör ett representativt urval av svensktalande kvinnor. Det representativa urvalet och kohortens likheter med samtliga kvinnor som födde barn i Sverige under år 1999 möjliggör generalisering.

## DATAINSAMLINGSMETODER

Genom att använda frågeformulär och register i föreliggande avhandlingsarbete har uppgifter från ett stort antal kvinnor kunnat insamlas. Standardisering av frågorna till kvinnorna innebar att alla fick samma frågor och tog ställning till samma svarsalternativ. Det kan vara en fördel för deltagaren att få fylla i ett anonymt frågeformulär utan att behöva ”stå” för sina känslor. Å andra sidan kan vikten av att svara anses mindre betydelsefull då deltagaren inte har någon relation till den som frågar. En intervju hade troligtvis givit mer utförliga svar men hade varit svår att genomföra inom ramen för projektets dimension. Kvinnornas svar på den öppna frågan i frågeformulär I kan vara ett sätt att få ökad kunskap om hur kvinnor med egna ord uttrycker sina önskemål.

När det gäller antalet barnmorskebesök inom mödrahälsovården (delarbete II) valde vi att använda kvinnornas egen uppskattning av antalet besök. Ett mer objektiva sätt att mäta hade varit att enbart använda registerdata över antalet besök, men eftersom vi var intresserade av antalet barnmorskebesök och det inte går att särskilja typ av vårdgivare i data hämtade från Medicinska Födelseregistret, gjordes detta val. Ett ytterligare skäl var att vi ville använda oss av kvinnornas egna uppfattningar om erhållen vård.

### **Faktorer som kan påverka skattningen**

Det är vanligt i undersökningar som mäter patienters tillfredsställelse med vården, att man får mycket positiva skattningar (Williams, 1994; Salmela, 1996), något som är särskilt framträdande i samband med barnafödande (Lumley, 1985; Brown & Lumley, 1994). Brown och Lumley (1994) beskriver att i de flesta surveyundersökningar är mer än 80 procent nöjda om man ber dem skatta vården i sin helhet. Att enbart efterfråga helhetsbedömning av vården kan medföra problem eftersom kvinnor kan vara nöjda med en aspekt av upplevelsen men missnöjd med en annan (Bramadat & Driedger, 1993). Det kan också vara svårt att hysa förväntningar på vården när man inte har någon erfarenhet av ett nytt eller annorlunda alternativ att grunda sina bedömningar på. Det är vanligt att försökspersoner föredrar det

system som de erhållit, ”det som finns är det bästa” (Porter & McIntyre, 1984). I delarbete I kan detta fenomen vara viktigt att uppmärksamma eftersom majoriteten av kvinnorna valde ”som rekommenderas” när det gällde önskemål om antalet besök inom mödrahälsovården. I delarbete II visade resultaten att den övergripande skattningen av mödrahälsovården var hög. Dessa aspekter måste beaktas om studiens resultat ska utgöra grund för planering av vården.

## VALIDITET

Den perfekta studien existerar enbart i teorin. Perfekta valida data kan erhållas från stora, randomiserade, trippel-blinda studier med perfekta mätningar och inget bortfall. Det som påverkar samtliga studier i varierande grad är systematiska fel som gör att mätningen skiljer sig från det verkliga värdet på ett systematiskt sätt, exempelvis att felen är ojämnt fördelade i den oberoende variabeln eller mellan de studerade grupperna (Steineck, *et al.*, 1998). Dessa systematiska fel kan grupperas i störfaktorer, selektion och felklassificering.

### Störande faktorer (confounding)

Epidemiologisk metodik har bland annat utvecklats för att undvika eller korrigera för störande faktorer i analysen. En störande faktor är en variabel som både samvarierar med exponeringen och det studerade utfallet. I föreliggande avhandling har många aspekter av vården studerats. En tänkbar störande faktor för många analyser är paritet, eftersom den variabeln kan samvariera med många av de exponeringar och utfall vi studerar. Effektmåten har därför justerats för paritet, med separata analyser för först- och omfödskor. Ett annat exempel är att om äldre kvinnor är mer förlossningsrädda än yngre kvinnor och högre ålder har samband med kejsarsnittsönskemål så påverkar denna faktor sambandet mellan rädsla och önskemål om kejsarsnitt (delarbete III). Effekten av möjliga störfaktorer, såsom ålder, utbildningsnivå, nationalitet och civilstånd har undersökts genom stratifiering vid dataanalysen samt genom att använda multivariat analys i form av logistisk regression.

### Standardisering

Standardisering är ett sätt att väga ihop ett mått på prevalens (exempelvis kejsarsnittsönskemål), när dessa önskemål skiljer sig åt mellan undergrupper. I delarbete III hade rökning samband med önskemål om kejsarsnitt och eftersom rökare var underrepresenterade i studiepopulationen korrigerades den skattade prevalensen av kejsarsnittsönskemål enligt följande beräkning: I ett specifikt material erhålls att a % önskar kejsarsnitt bland rökare och b % önskar kejsarsnitt bland icke-rökare. Bland alla gravida (enligt MFR 1999) är c % rökare och d % icke-rökare. Andelen som önskar kejsarsnitt kan då beräknas till  $(c \times a) + (d \times b)$ . Exempel: 13 % (c) är rökare (enligt MFR), 87 % (d) icke-rökare (enligt MFR), 13.1% (a) av rökarna i KUB önskar kejsarsnitt, 7.6 % (b) av icke-rökarna i KUB önskar kejsarsnitt. Andelen bland samtliga som önskar kejsarsnitt blir då  $(0,13 \times 0,131) + (0,87 \times 0,076)$  vilket ger 0,08315 eller 8.3 procent.

### Selektion

Bortfall (om individ ej kan följas upp) kan introducera systematiska fel och medföra över- eller underskattning av den relativa risken. Hög svarsfrekvens och undvikande av selektion i bortfallet är grunden för att minska påverkan på resultaten av selektion. Svarsfrekvensen för de olika enkäterna var hög, men skulle eventuellt ha kunnat förbättras om exempelvis



frågornas antal i respektive enkät varit mindre. De strategier som användes för att öka svarsfrekvensen i studien var att skicka ut påminnelsebrev och en ny enkät samt att någon i forskargruppen alltid fanns till hands per telefon för frågor. Sådana strategier har i en systematisk granskning av randomiserade kontrollerade studier visats vara effektiva för att förbättra svarsfrekvensen i postenkätundersökningar (Edwards, *et al.*, 2002).

Enbart forskargruppen i KUB-projektet hade kontakt med de kvinnor som rekryterades till studien efter att patientansvarig barnmorska informerat om studien vid ett inskrivningsbesök. Forskargruppen handlade all vidare information om studien samt utskick och insamlandet av data. Detta minimerade barnmorskorna kunskap om vilka kvinnor som deltog i studien. Kvinnorna upplystes också om att studien genomfördes helt oberoende av vårdgivarna, barnmorskorna.

Förutom inklusionskriteriet till studien, att behärska det svenska språket, är det också möjligt att barnmorskorna undvek att tillfråga vissa kvinnor om medverkan i projektet, vilket kan vara en förklaring till att fler ensamstående kvinnor fanns i gruppen icke-rekryterade. Kvinnor som var ensamstående ville oftare ha fler besök (delarbete I), önskade oftare kejsarsnitt (delarbete III) och var intresserade av hemförlossning (delarbete IV) jämfört med kvinnor som var gifta eller sammanboende. Detta kan innebära att den relativa risken påverkats rörande dessa variabler.

Inklusionskriteriet kan också ha inneburit att de rekryterande barnmorskorna över- eller underskattade kvinnornas förmåga att besvara frågeformulären. Detta framgår i det interna bortfallet där kvinnor som först tackade ja till att medverka, men som senare inte besvarade frågeformulären, eller enbart besvarade delar av formulären, oftare var födda utanför Sverige. De kvinnor som tackade ja men som senare inte besvarade frågeformulären var också i högre grad yngre, mer ofta rökare och ensamstående, jämfört med de kvinnor som besvarade formulären, vilket kan tyda på att kvinnorna i det interna bortfallet är en mer utsatt grupp i flera avseenden. Man kan spekulera om att dessa kvinnor kanske egentligen inte önskade delta i studien, men inte ville gå emot barnmorskornas erbjudanden om deltagande.

### **Felklassificering**

Att frågor och instrument mäter det som avses att mätas minskar risken för felklassificering. Många av frågorna har tidigare använts i undersökningar om kvinnors upplevelser av barnafödande (Lumley & Brown, 1997; Waldenström & Nilsson, 1993b) och utfallsinstrumenten (EPDS, Cambridge Oro- skala) valdes för att de är använda i undersökningar med liknande populationer, både i Sverige och i andra länder (Wickberg & Hwang, 1996; Georgsson Öhman, *et al.*, 2003). Många av frågorna i instrumenten kan tänkas överlappa varandra, exempelvis finns i EPDS- skalan frågor relaterade till oro. Det kan innebära att frågorna från oro- skalan får mindre tyngd när de används tillsammans med EPDS- skalan i den multivariata analysen (delarbete II). Många frågeställningar som rör kvinnors förväntningar på vården när de tillfrågas i tidig graviditet, är av hypotetisk natur och det är möjligt att resultaten skulle blivit annorlunda om mätning skett vid en senare tidpunkt under graviditeten, såsom inställningen till kejsarsnitt (delarbete III).

Minnet kan också vara en felkälla och skattningar av vården kan förändras över tid. Bramadat och Driedger (1993) menar att trovärdigheten i mätningen minskar om kvinnor svarar på frågor om vården under vårdtiden eller om vårdgivaren är den som frågar. Sker värderingen för nära inpå förlossningen kan detta påverka svaren, eftersom kvinnor kan vara lättade att förlossningen är över och att de fått ett friskt barn. Det finns studier som visar att mätning av tillfredsställelse med vården är tämligen stabilt under hela postpartumperioden (Bramadat & Driedger, 1993) och att minnet av förlossningen är tydligt 15-20 år efteråt (Simkin, 1991, 1992). Andra studier har dock visat att det är vanligare att man blir mer negativ efter en tid (Erb, *et al.*, 1983; Bennet, 1985). Det är också möjligt att det är lättare att komma ihåg en så speciell händelse som dagen för förlossning i jämförelse med att skatta antalet barnmorskebesök under en graviditet. Detta kan förklara skillnaden i antalet av kvinnan uppgivna besök från de i Medicinska födelseregistret registrerade besöken (delarbete II). I delarbete II har de flesta förklaringsvariabler för antalet barnmorskebesök inom mödrahälsovården inhämtats från frågeformulär I, som besvarades i tidig graviditet, vilket minskar risken för minnesfel bland förklaringsvariablerna.

### **Slumpmässiga fel**

Undersökningens precision avgörs av frånvaro av slumpmässiga fel. Precisionen förbättras med en större studiepopulation. I föreliggande avhandling möjliggör de drygt tre tusen rekryterade kvinnorna en hög precision, dock är urvalet begränsat till svensktalande kvinnor. För att belysa precisionen i effektmåtten, beräknades konfidensintervall. Konfidensintervallet är konstruerat så att, med hänsyn tagen till slumpmässiga variationer är sannolikheten 95 procent att det ska innefatta det sanna värdet. Ju större antal studiedeltagare desto snävare konfidensintervall och därmed bättre precision. När det gäller arbete IV valde vi, utifrån frågans hypotetiska natur, att enbart fokusera på de kvinnor som vid samtliga tre mättillfällen uttryckt intresse för hemförlossning. Denna grupp (24 kvinnor) är förhållandevis liten, vilket visar sig i vida konfidensintervall vilket tyder på låg precision och resultaten behöver därmed tolkas med försiktighet.



## RESULTATDISKUSSION

Sammanfattningsvis visade resultaten från avhandlingens delarbeten att trettio procent av kvinnorna inte önskade följa det antal besök som rekommenderas i den svenska mödrahälsovårdens basprogram. Kontroll av barnets och kvinnans hälsa prioriterades högst i mödrahälsovårdens innehåll. Majoriteten av kvinnorna ansåg kontinuitet med samma barnmorska under graviditeten vara viktigt eller mycket viktigt. Det erhållna antalet besök var oftast fler än vad som rekommenderas i basprogrammet för en okomplicerad graviditet, men påverkade inte kvinnornas tillfredsställelse med vården, vilket däremot deras åsikter om antalet besök gjorde. Relativt få kvinnor önskade kejsarsnitt när de tillfrågades i tidig graviditet och kvinnor som hade dessa önskemål hade i hög utsträckning tidigare genomgått kejsarsnitt, de hade ofta en negativ upplevelse av tidigare förlossning eller en stark rädsla inför den kommande förlossningen. Kvinnors intresse av alternativa vårdformer visade att en procent av kvinnorna kunde tänka sig hemförlossning och åtta procent av kvinnorna önskade ABC-vård. Förutom resultaten från avhandlingens delarbeten har kvinnornas svar på en öppen fråga bidragit till kunskapen och förståelsen om kvinnors förväntningar och upplevelser av vården under graviditet och förlossning.

### VÅRDEN UNDER GRAVIDITETEN

Kvinnors förväntningar i tidig graviditet stämmer i stort väl överens med hur mödrahälsovården i Sverige är organiserad, men resultaten måste också ses i ljuset av att det är vanligt att man föredrar den vård man har erfarenhet av eller vad som erbjuds (Porter & McIntyre, 1984).

#### Antal besök

Majoriteten av kvinnorna önskade följa det rekommenderade antalet besök, men nästan var fjärde kvinna önskade fler besök. En tidigare traumatisk obstetrisk anamnes hade samband med att önska fler besök under graviditeten. Kvinnor som tidigare fött ett dött barn önskade dubbelt så ofta fler besök än vad basprogrammet rekommenderar, i jämförelse med kvinnor utan den erfarenheten. Troligtvis uppmärksammar barnmorskor dessa kvinnor och erbjuder dem fler besök och kontakt med specialisläkare. Kvinnor vars graviditet föregåtts av födsel av ett dött barn har i tidigare studier visat samband med ångest och depression (Hughes, *et al.*, 1999). Det är därför viktigt att dessa kvinnor ges uppmärksamhet både fysiskt och psykiskt under kommande graviditet (Rådestad, 1998; Côté-Arsenault & Morrison-Beady, 2001).

Det är möjligt att ett tidigare missfall betraktas som en vardaglig händelse för personal som möter gravida kvinnor i vården, eftersom det är vanligt förekommande, men för den drabbade kvinnan kan förlusten innebära en traumatisk händelse som påverkar hennes självbild. Lovell (1983) beskriver att det saknas adekvata ritualer vid missfall och att kvinnor med missfall inte alltid ges möjlighet att sörja förlusten. Cormell (1992) har visat att hanteringsstrategier vid missfall påverkas av graden av fysiskt trauma, omhändertagandet, stöd från omgivningen, att få förklaring till orsaken och möjlighet att sörja.

En tidigare negativ förlossningsupplevelse hade också ett samband med att önska fler besök inom mödrahälsovården. Organisationen av uppföljning av kvinnors upplevelser i samband

med förluster och negativa förlossningsupplevelser kan förbättras inom mödrahälsovården. I samband med kommande graviditet bör barnmorskan samtala med kvinnan om innebörden av det kvinnan varit med om och hur hon bearbetat upplevelsen och därmed kunna göra en individuell planering av antal besök, besöksintervall och innehåll i kommande besök.

Kvinnor som önskade färre besök (7 %) var ofta äldre än 35 år, och uppgav att graviditeten kom fel i tiden. Det var också vanligt att kvinnor som redan hade flera barn önskade färre besök. En trolig förklaring ligger i omfödorskornas erfarenhet av barnmorskebesöken, exempelvis att de redan upplever sig ha information och kunskap om vad som händer under graviditet och förlossning. Det kan också medföra problem för kvinnor att ordna barntillsyn i samband med resor till mödravårdscentralen.

I Sverige har mödrahälsovården en närmast hundra procentig anslutning men i andra länder tas ofta initiativ för att förmå kvinnor att söka mödrahälsovård (Hemminki & Blondel, 2001). Tidigare studier har visat att hinder för att söka mödrahälsovård var avsaknad av sjukförsäkring, ung ålder, utländsk nationalitet, låg utbildningsnivå och många barn (Delveaux, *et al.*, 2001). Roberts och medarbetare (1998) fann också att kvinnor äldre än 35 år och kvinnor med många barn värderade mödrahälsovård som ”mindre viktig”

Kvinnorna i studien angav att de gått på fler barnmorskebesök vid jämförelse med uppgifterna från det medicinska födelseregistret. En förklaring kan vara att de i samband med exempelvis läkarbesök även träffade barnmorskan, och att dessa besök rapporterades dubbelt av kvinnorna men ej i journalen. Likaså är det möjligt att besök hos barnmorskan i samband med exempelvis akupunkturbehandling under graviditet, inte registrerades på den standardiserade blanketten för besök som vanligtvis används, med förtryckta rutor för ifyllande av medicinska provtagningar. Troligtvis påverkar denna överskattning inte kvinnornas attityder. Det är känt från tidigare studier att kvinnors minne i samband med barnafödande är tämligen gott och att journaldata ofta inte är bättre än kvinnors egna uppgifter (Hewson & Bennet, 1987; Githens, *et al.*, 1993; Tomeo, *et al.*, 1999).

Bland kvinnorna i studien följde endast 25 procent basprogrammet för en okomplicerad graviditet, vilket är 15 procent färre än vad som rapporteras i nationell statistik (57 procent fick fler besök och cirka 17 procent av kvinnorna gjorde färre besök). De rekryterade kvinnorna var initialt relativt representativa för alla svensktalande gravida i Sverige. Genom att exkludera kvinnor med prematura förlossningar och kvinnor vars barn dött i samband med graviditet och förlossning, fick vi ett urval i delarbete II som var mer viktat mot låg risk för komplikationer, men vi kan inte exakt bedöma andelen kvinnor som i tidig graviditet rekommenderades följa basprogrammet. Vi vet dock från data hämtade ur det medicinska födelseregistret att 17 procent av förstfödorskorna och tio procent av omfödorskorna hade eller utvecklade någon medicinsk komplikation som innebär fler kontroller.

Data från uppföljningsstudien (frågeformulär II) skiljer sig till stor del från kvinnors önskemål i tidig graviditet, där 70 procent önskade följa basprogrammet, 23 procent önskade fler besök och sju procent färre besök. Basprogrammets uppgift är att utgöra en grund för det medicinskt motiverade antalet besök under en okomplicerad graviditet. De komplikationer som kan inträffa under en graviditet kan vara svåra att förutsäga och basprogrammet stadgar även att

besök kan göras på grund av psykologiska eller sociala orsaker. På senare år har flera mödravårdscentraler anammat ett ”psykologiskt basprogram” (Rydén & Wickberg, 1997), vilket bland annat förordar två inskrivningsbesök, ett med fokus på psykologiska faktorer och omställningen till föräldraskap. Detta kan vara en ytterligare förklaring till att besöken överskrider de rekommendationer som finns i basprogrammet.

Intervallen mellan besöken kan behöva förändras. Basprogrammet rekommenderar längre intervall mellan besöken i tidig graviditet. I den öppna frågan beskrev många kvinnor att det var för långa intervall mellan besöken i tidig graviditet, när deras oro var stor. Tidigare forskning har också visat att för långa intervall mellan besöken är en källa till oro både bland kvinnor (Sikorski, *et al.*, 1996) och personal (Langer, *et al.*, 2002). Ett problem som den blivande mamman kan ställas inför under den första delen av graviditeten, fusionsfasen (fram till omkring graviditetsvecka 17), är en ambivalens till graviditet och föräldraskap som beskrivs av Rafael-Leff (1991) som normalt förekommande i den psykologiska graviditetsutvecklingen. Kvinnans skall besluta om hon ska fullfölja graviditeten och acceptera den psykologiskt. För att bearbeta denna ambivalens kan extra besök tidigt i graviditeten vara motiverade. Barnmorskans roll är att ge stödjande samtal och vid behov remittera till psykolog om stark ambivalens förekommer (Rafael-Leff, 1991; Rydén & Wickberg, 1997).

Antalet besök anpassades i hög grad till kvinnors behov. Förstföderskor, yngre kvinnor och kvinnor med medicinska problem erhöll fler besök, vilket är i linje med de nationella rekommendationerna, men även kvinnor med depressiva symptom fick fler besök. Välutbildade kvinnor fick färre besök än vad som rekommenderas i basprogrammet, vilket innebär att grupper som kan tala för sin sak inte favoriserades i vården. Vi vet däremot inget om huruvida kvinnor sökte läkare privat som ett komplement till mödrahälsovården.

Oro var en faktor som hade samband med önskemål om antalet besök, det faktiska antalet erhållna besök samt kvinnors uppfattning om antalet besök. De kvinnor som hade stark oro fick fler besök, men en hög andel tyckte ändå att besöken var för få. Det är möjligt att dessa kvinnor var mer generellt oroliga, något som kan vara svårt för barnmorskan inom mödrahälsovården att bemöta. Det kanske inte alltid räcker med samtal med barnmorska för att hjälpa de starkt oroliga kvinnorna. Möjlighet att hänvisa kvinnor till mer avancerad samtalshjälp, exempelvis psykolog, bör finnas.

Majoriteten av kvinnorna var nöjda med antalet barnmorskebesök, men 11 procent ansåg att besöken var för få. Dessa kvinnor hade önskemål om fler besök när de tillfrågades i tidig graviditet. De kvinnor som ansåg besöken att var för många (2 %) hade önskat färre besök i tidig graviditet. En annan faktor som hade samband med uppfattningen att besöken var för många var en tidigare negativ förlossningsupplevelse. Kvinnor med en tidigare negativ förlossningsupplevelse önskade fler besök när de tillfrågades i tidig graviditet och fick också fler besök. Denna motsägelse kan indikera ett missnöje med innehållet i vården eller att kvinnors förväntningar på vården inte stämde överens med vad de faktiskt erhöll. En möjlig förklaring kan vara att kvinnorna inte tillfrågades om sina behov utan bara rutinmässigt gavs extra besök. Hanteringsstrategier av tidigare traumatiska upplevelser har beskrivits som

antingen undvikande eller anpassande och att uppleva antalet besök för många kanske kan vara ett uttryck för ett undvikande förhållningssätt (Miller, 1987). Det är möjligt att det sätt på vilket barnmorskan hanterar en kvinnas oro på grund av tidigare upplevelser kan spela in. Ett ältande och psykologiserande kan kanske föda mer oro (Ryding, *et al.*, 2003), och kan vara lika sårande som att ignorera en kvinna när hon har behov av samtal.

Kommunikationssvårigheter kan ytterligare bidra till den suboptimala vård som kvinnor födda i andra länder erhåller och det är möjligt att det kan vara en orsak till att även kvinnor födda utanför Sverige och kvinnor med låg utbildningsnivå, ansåg antalet besök inom mödrahälsovården vara för många.

### **Mödrahälsovårdens innehåll**

De flesta påståenden om vårdens innehåll skattades som ”mycket viktigt”, men kontroll av barnets hälsa var det påstående som värderades högst av kvinnorna i studien. Att prioritera kontroll av barnets hälsa stämmer väl med tidigare forskningsresultat om vad kvinnor tycker är viktigt i samband med mödrahälsovårdsbesöken (Drew, *et al.*, 1989; Ladfors, *et al.*, 2001). Förändringar av hälsobeteende, exempelvis rökstopp och undvikande av alkohol under graviditeten kan hänföras till de anpassningsprocesser som kvinnor genomgår för att uppnå en så bra hälsa som möjligt för sitt barn och sig själva (Rodriguez, *et al.*, 2001). Troligtvis är oro för barnets hälsa en biologisk drift hos den blivande mamman, hon bär ett nytt liv i sin kropp. Oro för barnets hälsa är den starkaste anledningen till oro under graviditet (Statham, *et al.*, 1997), vilket kan förklara varför kvinnor skattar kontroll av barnets hälsa så högt.

Innehållet i mödrahälsovården har beskrivits som mer ritualistiskt än rationellt enligt Enkin och medarbetare (2000) och många screeningundersökningar har införts utan vetenskaplig utvärdering. Vissa procedurer kan identifiera medicinska komplikationer hos barnet och därmed ligga till grund för planering av förlossningssätt och omhändertagande av barnet. Det verkar dock som att kvinnor förväntar sig mer av mödrahälsovården än så. Exempelvis var huvudanledningen till att kvinnor genomgick ultraljudsundersökning att ”kontrollera att barnet mår bra”, trots brist på bevis att ultraljudsundersökning minskar sjuklighet och dödlighet hos barnet (Nielson, 2000; Green, 1990). I tidig graviditet ansåg också kvinnorna att det var viktigt att deras egen hälsa kontrollerades. Detta stämmer väl med de delar av mödrahälsovårdens innehåll, där bevis finns för att vissa hälsoproblem såsom pre-eklampsi, anemi och diabetes kan identifieras och förebyggas (Enkin, *et al.*, 2000).

Barnmorskors och läkares förhållningssätt påverkar troligtvis också i hög grad kvinnors förväntningar och upplevelser av mödrahälsovården. I en svensk studie beskrivs hur barnmorskor inom mödrahälsovården samtalar om graviditet, födande och föräldraskap som en otillförlitlig process och att kvinnan och barnet löper betydande risker. Tilltro till kvinnors förmåga att klara de utmaningar som graviditet och förlossning innebär, framstår som begränsad. Barnmorskornas förhållningssätt beskrevs ofta som opersonligt, tekniskt kontrollerande och instruerande och de blivande föräldrarna som passiva mottagare (Olsson, 2000). Ett sådant förhållningssätt kan innebära att kvinnor invaggas i falsk trygghet om att ytterligare kontroller kan garantera barnets hälsa.

Kvinnor vill ha ett friskt barn, men de vill också ha tid för samtal och bli behandlade med respekt. Om kvinnor enbart erbjuds extra kontroller där medicinska undersökningar görs för att stilla deras oro men inte får tid för samtal kommer de sannolikt inte bli nöjda med vården. Resultatet från den öppna frågan i det första frågeformuläret visade också att kvinnorna i hög grad efterfrågade samtal där de fick möjlighet att tala om sin oro, att dryfta kroppsliga och känslomässiga förändringar under graviditeten och hur dessa förändringar påverkar relationen till partnern.

Vårdpersonalens attityder, såsom ett respektfullt bemötande och att bli betraktad som en unik individ, skattades som mycket viktigt, något som också bekräftats av andra studier (Williamson & Thomson, 1996; Proctor & Wright, 1998; Earle, 2000). Förstföderskorna ansåg exempelvis att det var mycket viktigt att deras partner involverades i vården. För omföderskor var detta mindre viktigt, antingen beroende på deras erfarenhet att den blivande pappan ges en plats vid besöken i mödrahälsovården eller, som andra svenska studier har visat, att männen osynliggörs av barnmorskan (Hildingsson & Häggström, 1999) eller hamnar i skymundan (Olsson, 2000), då de beskrivs som ”osynliga besökare i kvinnornas värld”. Kanhända är männens frånvaro i mödrahälsovården ett uttryck för rådande könsrollsmönster eller ett upplevt utanförskap. En annan förklaring skulle kunna vara brister i barnmorskans kommunikativa kompetens. Föräldrautbildning med särskilda pappagrupper ha visat sig vara ett bra forum för att öka männens deltagande och engagemang under graviditeten, där ”män talar med män på mäns språk” (Blom, 1996; SOU 1997:161).

Förstföderskor skattade i allmänhet vikten av information under graviditeten högre än omföderskor, vilket troligtvis har att göra med omföderskornas tidigare erfarenheter och kunskaper. Att få information om hur man ska sköta sin hälsa under graviditeten rapporterades också som viktigare av kvinnor födda utanför Sverige än för kvinnor födda i Sverige. Man kan anta att kvinnor från etniska minoriteter som lever i Sverige kan hamna i konflikt mellan att styras av seder och bruk rådande i sina hemkulturer, och den syn på hälsa som råder i Sverige. Essén (2001) visade att exempelvis barn till kvinnor från Afrikas horn drabbas av högre perinatal dödlighet när deras mödrar föder barn i Sverige. Förklaringar till detta kan vara kulturella skillnader i synen på vilka ingrepp som bör undvikas, exempelvis kejsarsnitt, och föreställningar om att svält under graviditeten leder till mindre barn och lättare förlossning.

Möjligheten att gå föräldrautbildning var det påstående som fick lägst poäng av de aspekter av mödravårdens innehåll som rankades som ”mycket viktigt”. Det är möjligt att tidpunkten när frågan ställdes, i nära anslutning till inskrivningsbesöket, påverkade svaret. Kanske har kvinnor inte hunnit reflektera över vad föräldrautbildning innebär så tidigt i graviditeten. En annan förklaring kan vara att många omföderskor gått föräldrautbildning under tidigare graviditet och inte har samma behov. Men det kan också vara så att kvalitén på föräldrautbildningen och dess fokus inte attraherar dagens blivande föräldrar på samma sätt som tidigare, i den era av information som finns tillgänglig för de flesta kvinnor idag, via Internet. Det är möjligt att föräldrautbildningen kan behöva ses över och anpassas till dagens blivande föräldrars behov.

## Kontinuitet

Flertalet av kvinnorna i studien angav att det var viktigt eller mycket viktigt att träffa samma barnmorska under graviditeten. Detta kan tolkas som att den svenska mödrahälsovårdens uppbyggnad avseende barnmorskekontinuitet uppskattas av kvinnorna. De grupper som oftast uttryckte vikten av kontinuitet, var omfödorskör och kvinnor som rökte. Omfödorskör grundar säkerligen sin uppfattning på tidigare erfarenheter av kontinuitet eller brist på sådan. En förklaring till det samband som uppmättes, att kvinnor som rökte i större utsträckning än icke-rökande kvinnor önskade kontinuitet kan vara att de värnar om relationen till en och samma barnmorska för att få stöd i att sluta röka men det kanske också kan vara obehagligt att utsättas för närgångna frågor från andra barnmorskor om man bestämt sig för att fortsätta röka.

Kvinnornas svar färgades säkerligen till stor del av det fenomen som benämns ”what is must be best”, nämligen att välja det man har erfarenhet av eller det som erbjuds (Porter & McIntyre, 1984). Kanhända kvinnor i Sverige tar systemet med kontinuitet för givet och att det då är självklart att tycka att detta är bra. I ett internationellt perspektiv är det svenska systemet med kontinuitet under mödrahälsovården ganska ovanligt. Detta erbjuds främst i de länder som har privat läkarvård, exempelvis i USA och Australien.

Tidigare forskning om kontinuitet har, som tidigare beskrivits, i huvudsak fokuserats på betydelsen av att känna den barnmorska som är med vid förlossningen. Green och medarbetare (1998) menar att det inte finns bevis för att kvinnor skulle önska kontinuitet med samma barnmorska under förlossningen. Page (2000) bemöter detta argument med att hänvisa till att resultat från kvalitativa studier, som bättre skulle kunna besvara frågan om vad kvinnor värderar när det gäller kontinuitet, har ignorerats. Kvinnor vill troligtvis inte ha en utökad kontinuitet mellan mödravård och förlossning till priset av försämrad kontinuitet under graviditeten. I utvärderingen av kontinuitet i en vårdform med en barnmorska (med avlösande kollega) per kvinna i hela vårdkedjan, så kallad ”One-to-One-midwifery” önskade både kvinnorna i experimentgruppen och kontrollgruppen erhålla mödravård av samma barnmorska, men en högre andel i experimentgruppen (86 %) än i kontrollgruppen (49 %) fick denna möjlighet. När kvinnorna tillfrågades under graviditeten ville de allra flesta även ha sin mödravårdsbarnmorska med vid förlossningen (McCourt & Page, 1996).

I den öppna frågan i denna avhandling, där kvinnor ombads att fritt ge synpunkter på mödra- och förlossningsvården, och som besvarades av en tredjedel av kvinnorna, var det endast fem kvinnor som poängterade vikten av att ha samma barnmorska under graviditeten medan 35 kvinnor uttryckte önskemål om att ha sin mödravårdsbarnmorska med vid förlossningen. På en fråga om vikten av att känna barnmorskan som är med under förlossningen, som ställdes i tidig graviditet med givna svarsalternativ, svarade 74 procent av förstfödorskorna och 36 procent av omfödorskorna att detta var viktigt (opublicerade data). Två månader efter förlossningen hade andelen förstfödorskör som ansåg kontinuiteten viktig sjunkit till 46 procent och andelen omfödorskör som tyckte att detta var viktigt ökat till 47 procent. Av de kvinnor som vid förlossningen tidigare hade träffat barnmorskan vid något tillfälle, ansåg 52 procent att det var viktigt att känna barnmorskan, och av de som inte träffat henne tyckte 45 procent att detta var viktigt. Dessa fynd kan tolkas som att kvinnor anser kontinuitet



är viktig när frågan ställs hypotetiskt, men att den är mindre viktig när de själva haft erfarenhet av vården. Det fanns dock en tendens att de som hade erfarenhet av kontinuitet var lite mer positiva än de som saknade erfarenhet. Att tidigare ha träffat barnmorska vid något tillfälle kan dock inte helt jämföras med att ha en relation till sin förlossningsbarnmorska, vilket sker när kvinnor erhåller vård av barnmorsketeam.

### **Tillfredsställelse med mödrahälsovården**

Den övergripande skattningen av tillfredsställelse med vården visade att majoriteten av kvinnorna var nöjda. Fyra procent av kvinnorna var dock missnöjda med det känslomässiga omhändertagandet, och tre procent var missnöjda med det medicinska omhändertagandet. Vi vet att det är vanligt att tillfredsställelse med vården, särskilt i samband med barnafödande, skattas högt (Brown & Lumley, 1994) och man måste beakta att många av kvinnorna två månader efter förlossningen ännu inte hade avslutat sin kontakt med barnmorskan inom mödrahälsovården.

Antalet erhållna besök hade inget samband med kvinnors tillfredsställelse med vården i sin helhet, däremot deras uppfattningar om huruvida antalet besök var lagom eller inte. Kvinnor som var missnöjda med antalet besök, särskilt de kvinnor som ansåg att de fick för få besök, var också missnöjda med mödrahälsovården. Att fråga kvinnor mer ingående om deras önskemål och behov både rörande antal besök och besökens innehåll kan därför vara ett sätt att ytterligare förbättra mödrahälsovården.

## **VÅRDEN UNDER FÖRLOSSNINGEN**

### **Kvinnors önskemål om kejsarsnitt**

När kvinnorna tillfrågades i tidig graviditet om sina önskemål om förlossningssätt, angav 8.2 procent att de önskade kejsarsnitt. Bilden som presenterats i media av den välutbildade karriärkvinnan som högkonsument av kejsarsnitt kunde inte bekräftas av denna studie. Snarare framstod en mer sårbar grupp av kvinnor, ensamstående, rökare och med en graviditet som kommit fel i tiden. Kvinnorna som önskade kejsarsnitt fyllde i EPDS- skalan på så sätt att de i högre grad visade tecken på depressiva symptom. De var mer generellt oroliga, särskilt för förlossningen. Medicinska skäl var naturligtvis också viktiga och en stor andel hade genomgått kejsarsnitt vid tidigare förlossning. När kvinnor med tidigare kejsarsnitt exkluderats ur analysen önskade 5.3 procent av kvinnorna att förlösas operativt. Eftersom tidigare kejsarsnitt var de starkaste prediktorerna för kejsarsnittsönskemål vid kommande förlossning är troligtvis kvinnors krav och önskemål enbart en liten förklaring till ökningen av kejsarsnitt. Tidigare studier rörande betydelsen av kvinnors krav eller önskemål om kejsarsnitt är svåra att jämföra då kvinnorna utvalts på speciella sätt och tillfrågats vid olika, ej jämförbara tidpunkter. De flesta studier har inte fokuserat på kvinnors krav, snarare har kvinnor med och utan tidigare kejsarsnitt eller obstetriska komplikationer sammanblandats och det är svårt att särskilja kvinnors krav från kliniska rekommendationer, men få kvinnor kräver kejsarsnitt i avsaknad av tidigare obstetriska komplikationer (Gamble & Creedy, 2000).

Att tidigare ha gått igenom kejsarsnitt kan ha bakomliggande medicinska orsaker som är omöjliga att påverka. Rädsla för förlossning kan dock troligen påverkas, även om den optimala behandlingen av förlossningsrädsla ej är fastställd. Goda resultat har rapporterats från verksamheter med kognitiv träning (Affonso, *et al.*, 1999) och stödsamtal med specialutbildade barnmorskor (Ryding, *et al.*, 2003). Intensiv stödbehandling med hjälp av korttidspsykoterapi bland kvinnor med förlossningsrädsla har också givit goda resultat, där hälften av de kvinnor som krävde att bli förlösta med kejsarsnitt, valde vaginal förlossning. Kostnaderna för stödbehandlingen uppvägdes av minskningen i kostnader för kejsarsnitt (Sjögren & Thomassen, 1997). För att ytterligare förbättra situationen för kvinnor med förlossningsrädsla har Saisto och medarbetare (2001) påpekat vikten av att involvera kvinnans partner i vården. De fann att förlossningsrädsla hade samband både med personlighetsegenskaper och med kvinnors livssituation, exempelvis missnöje med sin relation. De rekommenderade även att, eftersom akuta kejsarsnitt har samband med förlossningsrädsla och akuta åtgärder under förlossning inte kan undvikas, prevention i form av mer utbildning om orsaker och konsekvenser av kejsarsnitt införs i föräldrautbildningen (Saisto, *et al.*, 2001).

Kejsarsnitt på humanitär indikation, exempelvis på grund av förlossningsrädsla, är en komplicerad fråga. Graviditeten är tidsbegränsad och det finns inte alltid tid för omfattande stödåtgärder. Ibland kan kejsarsnitt vara den enda utvägen, trots att en operation alltid är förenad med vissa risker (van Ham, *et al.*, 1997; Wagner, 2000). Studier har visat att det är vanligare att förlossningsrädda kvinnor blir förlösta med akut kejsarsnitt (DiRenzo, *et al.*, 1984; Ryding, *et al.*, 1998), vilket kan indikera att psykologiska faktorer kan påverka värkarbetet.

Vi vet inte om kvinnor är mer rädda för förlossningen idag än tidigare eller om medias exponering av frågan medfört ökad uppmärksamhet på problemet. Medias framställning av kejsarsnitt som en enkel väg att avsluta sin graviditet kan ha betydelse för kvinnors önskan om kejsarsnitt. Rädsla måste tas på allvar, men diskussionen måste föras på ett sådant sätt att kvinnor inte väljer kejsarsnitt i tron om att ett sådant förlossningssätt är komplikationsfritt. Frågan måste ställas om kvinnorna önskar få hjälp med sin rädsla eller enbart söka den lättaste utvägen för stunden.

Löften om smärtlindring ges ofta i samband med planering för förlossningsrädda kvinnor. En nyligen publicerad avhandling visade att kvinnor som exempelvis fått epiduralbedövning rapporterade mer förlossningsrädsla i efterhand, än de kvinnor som inte fått denna bedövning, vilket indikerar att kvinnor som är rädda tycks behöva mer stöd än bara farmakologisk smärtlindring (Alehagen, 2002). En översiktsartikel av 137 studier om faktorer som kan påverka förlossningsupplevelsen visade att kvinnors förväntningar, stöd under förlossningen, relationen mellan kvinnan och hennes vårdgivare samt möjligheten att bli delaktig i beslut hade långt större betydelse än smärta och smärtlindringsmetoder (Hodnett, 2002). I kontrast till dessa resultat fann Hodnett och medarbetare (2002), i en randomiserad kontrollerad studie från USA och Canada, ingen skillnad i kejsarsnittsfrekvens, upplevelse av kontroll eller förekomst av depression bland kvinnor som erhållit kontinuerligt stöd av specialutbildade sjuksköterskor under förlossningen, jämfört med dem som inte fick sådant stöd. Dessa fynd

förklaras av författarna som den högteknologiska vård som även kvinnor bedömda ha låg risk för komplikationer, utsätts för.

Det kan diskuteras om det är nödvändigt att minska andelen kejsarsnitt och på vilket sätt det kan göras. WHO rekommenderar att inget land i världen bör ha en kejsarsnittsfrekvens överstigande 15 procent (WHO, 1985), en andel som de flesta länder i västvärlden redan överskridit (Bergsjö, *et al.*, 1983; Notzon, *et al.*, 1987; Stephenson, 1992). Leitch och Walker (1998) visade att indikationerna för kejsarsnitt i stort sett var desamma under en långtidsuppföljning, men att toleransgränsen för ingreppen sänktes, vilket kan avspegla stressen i samhället och brist på tålamod i förlossningsvården. Man vågar inte vänta i samma utsträckning som tidigare. Risken för att bli anmäld kan också ha betydelse, även om detta fenomen inte nått svensk förlossningsvård i lika hög grad som i andra länder. Det är knappast vanligt att bli åtalad för att ha gjort ett kejsarsnitt för mycket.

Kejsarsnittoperationer får konsekvenser för kvinnan. Trots modern operationsteknik är kejsarsnitt förenat med högre morbiditet hos kvinnan (Wagner, 2000) sämre förlossningsupplevelse, särskilt bland kvinnor som fick akut kejsarsnitt, utebliven amningsstart och sämre mor-barninteraktion (DiMatteo, *et al.*, 1996) samt påverkan på kvinnans framtida fertilitet (Jolly, *et al.*, 1999).

### **Kvinnors intresse av alternativa vårformer**

Fem procent av kvinnorna var intresserade av hemförlossning när de tillfrågades i tidig graviditet, två procent två månader efter förlossningen och tre procent ett år efter förlossningen. Omkring var fjärde kvinna visade intresse för ABC-vård vid de tre mätningarna. När fokus riktades på enbart de kvinnor som svarat ja vid samtliga mättillfällen var en procent av kvinnorna intresserade av hemförlossning och åtta procent av ABC-vård. I relation till hur många som föds i hemmet varje år (mindre än en promille) och med vetskapen om att ABC-vård endast erbjuds vid ett sjukhus i Sverige är detta en betydligt högre andel än som ges praktisk möjlighet att få sina önskemål uppfyllda. Andelen kvinnor som visar intresse för hemförlossning (1 %) är mer samstämmigt med den andel som förekommer i andra länder där hemförlossning erbjuds som ett alternativ (Abel & Kearns, 1991; Zander & Chamberlain, 1999).

Frågornas hypotetiska natur måste invägas i analysen. Dessa alternativ erbjuds inte till alla kvinnor och önskemål om alternativ motarbetas ibland av vårdgivare. I tidigare studier där kvinnor tillfrågades om intresse för hemförlossning var en högre andel kvinnor intresserade än den andel som födde hemma. Speciellt gällde detta när kvinnor som inte var eller varit gravida vid tidpunkten för studien tillfrågades (Viisainen, *et al.*, 1988). Under tidigt 1980-tal gjordes en attitydstudie till hemförlossning där 288 kvinnor bosatta i norra Sverige ingick. Av dessa kunde 24 procent av de tillfrågande tänka sig hemförlossning. Yngre kvinnor, kvinnor som studerade och kvinnor som arbetade inom vården var mest positiva till hemförlossning. Tillgång till barnmorska var en viktig faktor för kvinnornas önskemål (Bakos, 1984). Ladfors och medarbetare (2001) tillfrågade kvinnor utvalda från fem födelsekohorter i Göteborg om de kunde tänka sig hemförlossning. Fyra procent svarade ja. I en populationsbaserad finsk studie (hemförlossningar är ovanliga i Finland och ABC-kliker förekommer inte) var åtta

procent av kvinnorna och sex procent av männen som inte tidigare fött barn, intresserade av hemförlossning. Av de som tidigare fött barn var fem procent av kvinnorna och en procent av männen intresserade. De hemförlossningsintresserade var oftare yngre, ensamstående, utan barn jämfört med de som föredrog sjukhusförlossning (Viisainen, *et al.*, 1998)

### *Hemförlossning*

De faktorer som förklarade kvinnors intresse för hemförlossning var exempelvis önskan om att ha barnets syskon och väninna med förlossningen, att inte vilja ha farmakologisk smärtlindring och missnöje med de medicinska aspekterna av vården. Dessa faktorer ger uttryck för ett synsätt där barnafödandet ses som en naturlig och social händelse, man vill inte att ingrepp ska göras i det naturliga förloppet. Dessa resultat stöds av tidigare studier om motiv till att föda hemma (Ford, *et al.*, 1991; Chamberlain, *et al.*, 1997; Longworth, *et al.*, 2001).

I den bivariata analysen sågs en överrepresentation av ensamstående kvinnor och kvinnor utan stöd från partner bland de som uttryckte ett intresse för hemförlossning. Intresse för hemförlossning kan eventuellt vara en signal på upplevelse av utanförskap inom den traditionella vården som har ett starkt fokus på kärnfamiljen. Det kan säkert också vara svårt för ensamstående kvinnor att i samband med förlossning ordna tillsyn för sina andra barn, vilket kan förklara önskan om att barnets syskon skall vara med vid förlossningen.

Låg utbildningsnivå hade också samband med intresse för hemförlossning, vilket kan vara en indikation på att dessa kvinnor har det sämre socioekonomiskt ställt än andra. En låg utbildningsnivå i sig behöver inte innebära arbetslöshet. Ingen av de kvinnor i studien som var intresserade av hemförlossning var arbetslösa, men många hade yrken som inte kräver lång utbildning vilket gör att man kan anta att de kanske valt en alternativ livsstil där karriär inte prioriteras. Det har i tidigare studier också beskrivits skillnader i bakgrundsfaktorer mellan att visa intresse för och att verkligen genomföra en hemförlossning. Kvinnor med hemförlossningsintresse (6 %) var oftare yngre, ensamstående och utan barn. De som genomförde hemförlossning (0.01 %) var oftare arbetarkvinnor och omföderskor. (Viisainen, *et al.*, 1998)

### *ABC-vård*

Kvinnor intresserade av ABC-vård hade många bakgrundsfaktorer gemensamma med kvinnor som kunde tänka sig föda hemma, såsom högre paritet och tidigare positiv förlossningsupplevelse samt en positiv inställning till den kommande förlossningen. Dessa kvinnor önskade också ha barnets syskon och väninna med vid förlossningen och de ville undvika farmakologisk smärtlindring. Det var dock fler av de som var intresserade av hemförlossning som också hade intresse för ABC-vård än tvärtom. Klee (1986) beskriver att ABC-vård för vissa kvinnor inte är ett alternativ till hemförlossning utan till den medikaliserade vården vid sjukhusförlossningar.

Att ha upplevt kontroll under förlossningen var den starkaste förklaringsvariabeln för intresse för ABC-vård. I den bivariata analysen sågs även andra samband som är länkade till kontroll, som att vilja vara med och besluta om sin egen vård. Begreppet kontroll kan ha olika innebörd, som att vara involverad i processen under födandet, att vara subjekt istället för

objekt. Att uppleva sig som objekt kan innebära att man upplever att beslut tas över ens huvud eller att saker görs mot ens vilja utan att man tillfrågas. Kontroll kan också innebära att vara kontrollerande och ha svårt att ge sig hän. I denna studie formulerades frågan ”att ha kontroll över situationen”, vilket har tolkats som att uppleva sig delaktig i födelseprocessen, både fysiskt och psykiskt och i vården. Troligtvis har en gemensam vårdfilosofi, som strävan mot en ökad föräldramedverkan i ABC- vården en stor betydelse för i vilken grad kvinnor ges möjlighet till delaktig och kontroll under födandet.

Att ha en barnmorska som kvinnan kände eller var bekant med, var en prediktor för att önska ABC-vård. Detta var sannolikt ett önskemål som framkom efter förlossningen och grundades på kvinnornas erfarenheter eftersom den variabeln inte framkommit i analysen i tidig graviditet. I forskning om ABC-vård ingår kontinuitet genom vårdkedjan i konceptet, och även om det inte kan garanteras att man får ”sin egen” barnmorska vid förlossningen så har kvinnor i denna vårdform i hög grad tidigare träffat barnmorskan som assisterar vid förlossningen (Waldenström & Nilsson, 1993b).

Bristen på överensstämmelse i vår studie mellan kvinnors intresse av alternativa vårdformer och uppfyllelse av deras önskemål kan troligtvis hänföras till frågornas hypotetiska natur, att det helt enkelt råder brist på dessa vårdformer exempelvis ABC-enheter. Det kan också bero på motstånd från vårdgivare att tillhandahålla resurser samt svårigheter att finansiera och genomföra en hemförlossning stora delar av landet. Men om kvinnors önskemål om förlossningsplats skulle tas på allvar skulle resurserna till alternativa vårdformer behöva ökas i Sverige.

### **Kvinnors önskemål och uppfyllelse**

När önskemål om förlossningssätt ställs i relation till vårdformer ses ett kontinuum med hemförlossning i den ena änden och kejsarsnittsförlossning i den andra. Kvinnor utgör ingen enhetlig grupp med en enda önskan om vare sig förlossningssätt eller förlossningsplats. I tidig graviditet besvarade 3013 kvinnor frågorna om förlossningssätt och förlossningsplats:

<b>VAGINAL FÖRLOSSNING</b>		<b>KEJSARSNITT</b>	
<b>n = 2767</b>		<b>n= 246</b>	
<b>Hemförlossning 139 (5%)</b>	<b>ABC-vård 664 (22 %)</b>	<b>Sjukhusförlossning 1964 (65 %)</b>	<b>Operationssal 246 (8 %)</b>

Ser man bara till kvinnors intressen och önskemål och deras uppfyllelse så fick ingen av kvinnorna med intresse för hemförlossning sina önskemål uppfyllda. Av de kvinnor som i tidig graviditet uttryckt intresse för hemförlossning födde 96.9 procent på sjukhus, tre kvinnor (2.3 %) födde på ABC-enhet och en kvinna under transporten till sjukhuset. Endast två procent av de kvinnor som önskade ABC-vård erhöll denna vårdform, majoriteten av

kvinnorna som uttryckt intresse för ABC-vård (96.9 %) födde på sjukhus, fem kvinnor under transporten till sjukhuset och en kvinna hade en oplanerad hemförlossning.

Nästan alla kvinnor som ville föda på sjukhus och önskade vaginal förlossning fick detta (99.4 %) och nästan hälften av kvinnorna som ville ha kejsarsnitt avslutade sin förlossning i operationssalen planerat (33 %) eller akut (16 %). Det var en större proportion kejsarsnitt bland kvinnor som tidigare genomgått sådan förlossning, planerat eller akut (71 % av de som tidigare genomgått planerat kejsarsnitt och 66 % av kvinnor med tidigare akut kejsarsnitt i anamnesen fick kejsarsnitt igen).

Vi vet inget om, eller i vilken grad, kvinnor sökte realisera sina önskemål om exempelvis hemförlossning eller kejsarsnitt eller om de hinder som under graviditeten omöjliggjorde deras önskan. Däremot indikerar jämförelsen att det är mer troligt att önskemål relaterade till medicinsk teknik, exempelvis kejsarsnitt, än önskemål relaterade till naturligt födande, exempelvis hemförlossning, tillmötesgås av hälso- och sjukvården. Detta speglar det synsätt som är rådande inom svensk mödra- och förlossningsvård. Liknande tendenser ses även på andra håll i västvärlden, exempelvis i USA (Declercq, *et al.*, 2002; Hodnett, *et al.*, 2002) där högteknologisk vård vid förlossning är normen och naturliga förlossningar är sällsynta. Det har också visats att flertalet kvinnor är bristfälligt informerade om sidoeffekter av olika interventioner och smärtlindringsmetoder (Declercq, *et al.*, 2002).

Det kan förekomma konflikter mellan kvinnors önskemål och läkares och barnmorskors rekommendationer, exempelvis om en läkare ska tillmötesgå en kvinnas krav på kejsarsnitt utan att medicinsk indikation föreligger. Paterson-Brown och medarbetare (1998) diskuterar att läkare måste respektera kvinnors åsikter och val när de framställer en rimlig anledning till sina önskemål och kan visa att de är fullt informerade om vad proceduren innebär, men att det samtidigt kan vara förenat med svårigheter att låta kvinnor helt ansvara och själva välja, särskilt när det finns intressekonflikter mellan kvinnans och det ofödda barnets rättigheter. De anser att personal bör ge kloka råd baserade på evidens och om möjligt söka övertala kvinnan, dock ej tvinga henne (Paterson-Brown, *et al.*, 1998).

Ett annat exempel är hemförlossning, där kvinnans syn och sjukvårdens/samhällets syn kan skilja sig avseende tänkbara risker. Socialstyrelsens allmänna råd om hemförlossning (Socialstyrelsen, 1990) rekommenderar att kvinnan som önskar föda hemma träffar en specialistläkare för riskbedömning. Kvinnan bör också informeras om tänkbara risker hon utsätter sig för i samband med hemförlossning. Inga studier har funnits där kvinnor som väljer sjukhusförlossning informerats om de risker som där kan tänkas uppstå. I studier rörande hemförlossning (Hoff & Schneiderman, 1985; Lindgren, 2002) har det framkommit att kvinnor som planerar hemförlossning i hög grad är informerade om möjliga risker, men att dessa risker har silats genom en livshållning som förutom medicinska faktorer även tar med existentiella aspekter.

Charles och medarbetare (1999) har beskrivit tre modeller som kan sägas reflektera olika typer av maktbalans i relationen mellan patient och vårdgivare när val ska göras. I den paternalistiska modellen bestämmer vårdgivaren åt patienten utan att inhämta information från eller involvera patienten i beslutsprocessen. I den informerande modellen är vårdgivarens

ansvar att enbart tillhandahålla information och de skjuter därmed över ansvaret till patienten. Barnmorskans skyldighet blir då att implementera kvinnans val oavsett sin egen kunskap och erfarenhet. I den tredje modellen, som beskrivs utifrån termer av delaktighet, sker ett utbyte av information mellan vårdgivare och patient, där båda likvärdigt får möjlighet att framställa önskemål och samtycka till beslut om åtgärder.

Förutom de etiska principer som bör styra en god vård stadgar även hälso- och sjukvårdslagen att vården bör vara evidensbaserad, lika för alla och att patienten bör göras delaktig (Socialstyrelsen, 1982). Detta borde innebära att kvinnor bör ges möjlighet att göra informerade val när så är möjligt. För att möjliggöra val behöver kvinnorna tillgång till information. Informationen måste vara saklig, byggd på forskningsresultat, lättåtkomlig och begriplig. Det innebär en pedagogisk utmaning att utforma sådan information och den måste riktas och kunna förstås av kvinnor oavsett ålder, utbildningsnivå och nationalitet. Som vårdgivare får inte våra egna ståndpunkter färga den information som ges, men samtal om risker och möjligheter behövs för att kunna ge adekvata rekommendationer och råd utifrån den enskilda kvinnans situation.

När vården i samband med barnafödande omorganiserades i England, utifrån kvinnors önskemål, var kvinnors valmöjligheter ett av huvudkoncepten. För att möjliggöra kvinnors valmöjligheter utarbetades informationsmaterial, till kvinnor och vårdgivare, om bland annat förekommande undersökningar och åtgärder under graviditet och förlossning, smärtlindringsmetoder, förlossningssätt och förlossningsplats (MIDIRS, 2003). Barnmorskans uppgift måste vara att skapa en god omvårdnadsrelation, att vara en samtalspartner som kan involvera och informera kvinnan och försäkra sig om att kvinnan har förstått innebörden av informationen i förhållande till sin situation. Vi måste också acceptera att kvinnor ibland kommer att göra mindre kloka val utifrån vårt sätt att bedöma. Ansvaret för sitt liv, sina barn och sin framtid ligger hos kvinnan och hennes nära, som personal finns vi endast under den korta tid som omvårdnadsrelationen pågår.

### **Slutord**

Diskussioner om vårdens innehåll och utformning har hittills i huvudsak förts av politiker och professionella, kvinnors röster har inte hörts. Denna studie har bidragit till ökad kunskap om kvinnors förväntningar och upplevelser av vården under graviditet och förlossning. Genom att vi identifierat områden som kan utvecklas inom mödrahälsovården och visat att kvinnor har intresse för alternativa vårdformer i samband med barnafödande bör resultatet från denna avhandling kunna utgöra en grund för diskussioner om vårdens innehåll. Förhoppningen är att mindre regionala eller lokala studier ska kunna genomföras i framtiden och att dessa data då kan fungera som referens och jämförelsematerial.

## **MÖJLIGA FRAMTIDA STUDIER**

Mer forskning behövs angående mödrahälsovårdens innehåll där det känslomässiga omhändertagandet i högre utsträckning beaktas, exempelvis betydelsen av mer tid för samtal om omställningen till föräldraskap och det som oroar kvinnan. Det vore även önskvärt att redan tidigt i graviditeten kunna identifiera kvinnor med speciella behov, exempelvis kvinnor med önskemål om kejsarsnitt som beror på förlossningsrädsla eller tidigare traumatisk förlossningsupplevelse och erbjuda dessa kvinnor interventioner med inriktning på psykologiskt stöd under graviditeten.

Kontinuitetsbegreppet är studerat, men det är fortfarande oklart om vilka komponenter som är mest betydelsefulla, att ha samma barnmorska under graviditeten eller en för kvinnorna känd barnmorska med vid förlossningen. För att utkristallisera effekterna av kontinuitet bör randomiserade kontrollerade studier göras. Forskning om alternativ till den traditionella förlossningsvården bör uppmuntras i ett svenskt sammanhang.

Information som är evidensbaserad, begriplig och pedagogisk, så att kvinnor kan väga för- och nackdelar, risker och vinster med olika alternativ, utifrån sin medicinska situation och sin livshållning, bör tas fram i forskningssammanhang och därmed utgöra grunden för ökad delaktighet och valmöjlighet för kvinnor i samband med graviditet och barnafödande.



# ORDFÖRKLARINGAR

Anamnes: sjukhistoria

Asfyxi: syrebrist

Evidens: bevis, visshet

Morbiditet: sjuklighet

Mortalitet: dödlighet

Paritet: antal födda barn

Perinatal: vid tiden för födelsen

Preeklampsi: havandeskapsförgiftning

Postpartumanemi: blodbrist efter förlossning

## Epidemiologiska termer

**Beroende variabel:** Ett utfall som är kausalt (orsaks) relaterat till en oberoende variabel

**Oberoende variabel:** En faktor, exempelvis en omvårdnadshandling, som studeras i vilket grad den påverkar utfallet. Bestämmer om en kvinna är exponerad eller oexponerad

**Exponerad:** kvinnor som varit med om en viss händelse, exempelvis en omvårdnadshandling eller har ett tillstånd (ensamstående, ung)

**Oexponerad:** Kvinnor som inte varit med om en viss händelse eller inte har ett tillstånd

**Confounder:** En störande faktor, som har samband både med det studerade utfallet och den oberoende variabel som studeras

**Bivariat:** studium av eventuella samband mellan två enskilda variabler

**Multivariat:** studium av eventuella samband mellan flera variabler

**Prediktor:** en variabel som kan förutsäga ett utfall

**Precision:** Term för hur exakt vi mäter ett effektmått

**Validitet:** Ett uttryck för hur väl en studie förmår mäta vad den är avsedd att mäta

**Reliabilitet:** Ett uttryck för i vilken grad samma värde erhålls om studien skulle upprepas på samma sätt

**Strata:** Olika grupper inom en studerad population, exempelvis åldersgrupper

**Kohort:** En definierad studiepopulation

**Kohortstudie:** En uppföljning av en kohort med avseende på förekomst av ett visst utfall

**Relativ risk (RR):** En kvot mellan två gruppers förekomst av en händelse

**Oddsquot (OR):** Kvot mellan odds för exponering bland fall och odds för exponering bland kontroller. Liknar relativ risk, används i logistisk regression

**Konfidensintervall (CI) =** Ett intervall som är konstruerat så att det med viss sannolikhet täcker värdet i en tänkt population

**Prevalens:** förhållandet under en viss tidpunkt

# **SUMMARY IN ENGLISH**

## **WOMEN'S EXPECTATIONS AND EXPERIENCE OF CARE DURING PREGNANCY AND CHILDBIRTH**

Knowledge of Swedish women's expectations and experience of antenatal and intrapartum care is limited. This kind of information should be an important component in the planning of the maternity services.

### **Objective**

The overall aim of this thesis was to describe women's expectations of antenatal care and their experience of the care received during pregnancy and to investigate women's opinions of Caesarean section, home birth and birth centre care.

### **Research questions**

- What do women expect when it comes to the number of antenatal visits, continuity of caregiver and the content of antenatal care, when asked in early pregnancy?
- How many antenatal visits do women make during pregnancy?
- Which women make fewer or more visits than the recommended standard visiting schedule for antenatal care?
- What are women's opinions of the number of visits and how does the number of visits affect satisfaction with antenatal care?
- If women could choose the mode of delivery, how would they prefer to give birth?
- How many women in Sweden are interested in alternatives to traditional maternity care, such as home birth and birth centre care, and which women express such an interest?

### **Design**

A national cohort study of Swedish-speaking women. Data were collected using three questionnaires, in early pregnancy, two months and one year after childbirth respectively. Epidemiological methods with estimates of the relative risks with a 95 per cent confidence interval, together with logistic regression, were used in the analyses (Studies I-IV).

### **Subjects**

Of approximately 5,500 women who booked antenatal care in Sweden during three recruitment weeks (in May and September 1999 and January 2000), 3,293 consented to participate in the project "Women's experience of childbirth". This represented about 70 per cent of all the women, after the exclusion of about 550 non-Swedish speaking women, 75 women booked at non-participating clinics and some 275 women who had a miscarriage. Information was provided by 3,061 women (91%) who completed the first questionnaire (Studies I-IV), by 2,762 (84 %) women who completed the second questionnaire (Studies II and IV) and by 2,563 women (88 %) who completed the third questionnaire (Study IV).

## Results

### I

Hildingsson I, Waldenström U, Rådestad I. **Women's expectations on antenatal care as assessed in early pregnancy: number of visits, continuity of caregiver and general content.** Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica 2002; 81: 118-125.

The objective of this study was to describe 3,061 women's expectations of antenatal care in terms of the number of antenatal visits, the importance of continuity of caregiver during pregnancy and an assessment of the content of antenatal care. The majority of the women wanted to follow the standard visiting schedule, while 23 per cent preferred more visits and seven per cent fewer visits. A preference for more visits was associated with being less than 25 years of age (OR 1.7; 95 % CI 1.2-2.2), a history of miscarriage (OR 2.0; 95 % CI 1.4-2.8), infertility with assisted conception (OR 3.4; 95 % CI 1.6-7.0), and stillbirth (OR 2.5; 95 % CI 1.2-5.2) and a previous negative birth experience (OR 1.9; 95 % CI 1.3-2.8).

A wish for fewer visits than the standard schedule was associated with being more than 35 years old (OR 2.4; 95 % CI 1.1-5.4), having many children (OR 2.8; 95 % CI 1.8-4.4) and a pregnancy being less welcome (OR 2.8; 95 % CI 1.8-4.4). The majority of the women valued the continuity of caregiver, with 97 per cent saying it was very important or fairly important to see the same midwife at the antenatal visits. "Checking the baby's health" was the most important aspect of the content of antenatal care, followed by "checking the mother's health" and making the partner feel involved. The lowest ranking was given to the importance of information about breast-feeding and infant care and the ability to participate in childbirth and parenthood education classes.

### II

Hildingsson I, Rådestad I, Waldenström U. **Number of antenatal visits and women's opinions. A national survey** (submitted).

This study was a follow up of the number of antenatal visits women actually made and a study of women's opinions about the number of visits. It also explored factors associated with the number of antenatal visits and women's opinions. Another aim was to study associations between the number of visits and satisfaction with antenatal care. In all, 2,421 women with full-term pregnancies completed two questionnaires, in early pregnancy and two months after the birth.

Only 25 per cent of the women followed the standard visiting schedule recommended for an uncomplicated pregnancy, while 57 per cent made more visits and 17 per cent fewer visits. More visits were associated with primiparity, being less than 25 years old, having a medical diagnosis, depressive symptoms and not wanting fewer visits when asked in early pregnancy. Factors associated with making fewer visits mirrored the opposite pattern with the addition of a high education level. The women's own opinion that the number of visits was too low was associated with worries, a desire for more visits when asked in early pregnancy and having

made fewer visits than the standard schedule during the actual pregnancy. The view that the number of visits was too high was related to a low educational level, a previous negative birth experience and a preference for fewer visits. The majority of the women (87.6 %) were satisfied with the antenatal care in overall terms, but they were less satisfied with the emotional (76.9 %) than with the medical aspects (82.3 %) of care. No association was found between the number of visits made and satisfaction, but the women's own opinion that the number of visits was too low was associated with dissatisfaction with the medical and the emotional aspects of care, while the view that the number of visits was too high was associated with dissatisfaction with the emotional aspects of care.

### III

Hildingsson I, Rådestad I, Rubertsson C, Waldenström U. **Few women wish to be delivered by caesarean section.** British Journal of Obstetrics and Gynaecology, 2002; 109: 618-623.

In recent years, Caesarean sections have risen dramatically and currently account for about 15 per cent of births. One of the reasons for this increase has been attributed to demands from the women themselves. These women are often described as well educated, urban, in control, capable of making their own decisions and being focused on their professional career. Another explanation is fear of giving birth.

The aim of this study was to investigate how many women, when asked in early pregnancy, wish to have a Caesarean birth at the time of birth and to identify background variables associated with such a wish.

The result revealed that 8.2 per cent of the women wished to be delivered by Caesarean section. A wish for Caesarean section was associated with multiparity, being more than 35 years old, single status, living in a small city and smoking. These women were more worried, not only about giving birth but also about other things in life, and they were more frequently depressed. A previous Caesarean section, both elective (OR 19.3; 95 % CI 11.0-33.7) and emergency (OR 5.2; 95 % CI 3.3-8.1), fear of giving birth (OR 5.4; 95 % CI 3.3-7.7) and a previous negative birth experience (OR 3.3; 95 % CI 2.1-5.0) were the strongest factors in predicting a wish for an operative delivery in multiparas, whereas fear of giving birth (OR 5.0; 95 % CI 3.5-8.3) was the only significant variable associated with a wish for Caesarean section among primiparas, when tested by logistic regression analysis.

### IV

Hildingsson I, Waldenström U, Rådestad I. **Swedish Women's Interest in Home birth and In-Hospital Birth Center Care.** Birth 2003; 31: 11-22.

Alternatives to hospital birth are rare in Sweden. Planned home births account for less than 0.1 per cent and birth center care is only available at one Swedish hospital.

The aim of this study was to determine women's interest in home birth and birth center care and to describe the characteristics of these women.

In early pregnancy, five per cent of the women expressed an interest in home birth, while the corresponding figure was two per cent two months after birth and three per cent one year after childbirth. One per cent of the women consistently expressed an interest on all three occasions and this group was the focus of the further analyses. A regression analysis revealed that five factors were associated with an interest in home birth: a wish to have the baby's siblings (OR 20.2; 95 % CI 6.2-66.5) and a female friend (OR 15.2; 95 % CI 6.2-37.4) present at birth, not wanting pharmacological pain relief during labour and birth (OR 4.7; 95 % CI 1.4-15.3), low level of education (OR 4.5; 95 % CI 1.8-11.4) and dissatisfaction with the medical aspects of intrapartum care (OR 3.6; 95 % CI 1.4-9.2).

In early pregnancy, 23 per cent of the women were interested in birth center care, while the corresponding figures two months after birth and at one year were 26 per cent and 27 per cent. Eight per cent of the women expressed an interest on all three occasions and were further investigated. An interest in birth center care was associated with the experience of being in control during labour and birth (OR 8.3; 95 % CI 3.2-21.6), not wanting pharmacological pain relief (OR 2.3; 95 % CI 1.3-4.1) and a preference to have a known midwife present at the birth (OR 2.2; 95 % CI 1.6-2.9).

### **Conclusions**

The current model of antenatal care in Sweden is well accepted by women and the system of having continuity when it comes to the midwife caregiver is highly appreciated. Women have high expectations of antenatal care in terms of its potential for preventing fetal morbidity, a view that may reflect worries about the baby's health rather than realistic expectations of the potential of antenatal care procedures.

The number of antenatal visits women made was based on women's needs and to some extent on their wishes. The majority of women are pleased with the number of visits and with the overall antenatal care, but there appears to be some scope for improving antenatal care by increasing the midwives' and doctors' sensitivity to women's emotional needs. Asking women about their preferences relating to the number of antenatal visits may be one way to explore the reasons behind women's wishes.

Relatively few women want to have a Caesarean section when asked in early pregnancy and these women appear to be a vulnerable group. The media picture of the characteristics of women who request an operative delivery was not supported by this study. Psychological support during pregnancy may offer an alternative to a Caesarean section for women who fear a vaginal birth.

If Swedish women were offered a free choice of place of birth, the home birth rate would be ten times higher and the 20 largest hospitals would need to have a birth center. Women interested in alternative models of care view childbirth as a social and natural event and their needs should be considered.

## TILLKÄNNAGIVANDEN

Jag vill tacka alla de kvinnor som deltagit i projektet och delat med sig av sina åsikter, både genom att besvara våra fastställda frågor och genom att själva uttrycka i skrift vad de tycker är viktigt när de väntar och ska föda barn.

Jag vill också tacka mina handledare, Ingela Rådestad och Ulla Waldenström. Min huvudhandledare, Ingela, har alltifrån starten uppmuntrat mig, i medgång och motgång. Hon har sett mina behov, försökt uppfylla dem, men också sagt ifrån när jag försökt spränga mina gränser. Genom hennes goda kunskaper i epidemiologisk metodik, och genom ett mycket tydligt ledarskap, generös gemenskap och humor har jag fått växa i kunskap både inom forskning och utbildning och jag ser fram mot fortsatta projekt tillsammans. Min bihandledare, Ulla, har frikostigt delat med sig med sin forskningserfarenhet inom kvinnors upplevelser av barnafödande, lärt mig artikelskrivandets svåra konst och trots min ordfattighet inom det engelska språket ändå förstått vad jag menat och hjälpt mig till kloka omformuleringar.

Jag vill särskilt tacka Christine Rubertsson som jag har förmånen att arbeta tillsammans med under lång tid. Vi har hittat arbetsmetoder som fungerat bra, gett varandra stöd i med- och motgångar och kommit varandra nära. Det är svårt att tänka sig att arbeta utan dig. Till Anna Hildingsson, Hanna Nyström, Hanna Engström och Mira Karlsson vill jag rikta ett tack för arbetet med arbetet med frågeformulären, projektadministration och dataregistrering.

Tack till alla barnmorskor inom mödrahälsovården som hjälpt till med rekrytering av deltagare till projektet. Utan er medverkan hade det inte gått att rekrytera det stora antalet kvinnor. Tack också alla mödrahälsovårdsöverläkare, samordningsbarnmorskor och verksamhetschefer för stöd och engagemang i projektet.

Till alla doktorandkamrater på Institutionen för Omvårdnad vill jag rikta ett tack. Som extern doktorand har jag periodvis inte haft möjlighet att aktivt delta i institutionens verksamhet, men ändå känt mig välkommen. Vissa doktorander har haft särskilt stor betydelse för mig då vi träffats i samma seminariegrupp, det är Christine Rubertsson, Karin Gottvall, Susanne Georgsson Öhman, Helena Fabian, Erica Schytt och Annica Örtenstrand. Jag har dessutom alltid känt mig extra välkomnad och fått stöd av Anette Forss och Catarina Widmark.

Tack också alla arbetskamrater inom mödrahälsovården i Härnösand och vid kvinnokliniken, Sundsvalls sjukhus, för ert stöd. Hans Malker, Niclas Olofsson och Mats Sjöling, FoU-centrum, tackar jag speciellt för stöd och hjälp i starten av min forskarutbildning.

Personalen på Institutionen för Vård- och Folkhälsovetenskap vid Mälardalens högskola har också haft stor betydelse för mina möjligheter att genomföra projektet. Jag vill särskilt tacka Håkan Sandberg, Birgitta Svall och Roland Svensson som gett mig utrymme att förena forskarutbildningen med undervisning i barnmorskeprogrammet. Lärarkollegorna Elisabeth Häggström-Nordin, Inga Ragnar, Lena Holmgren och Karin Weman har gett mig stöd och uppmuntran i arbetet. Tack Ann Forselius, blivande barnmorska, för medverkan i kodningen av svaren på den öppna frågan. Jag vill också tacka bibliotekets personal, särskilt Peter

Hedberg som hjälp mig med datasökningar och artikelbeställningar. Tack också mödrahälsöversörsläkare Anna Berglund, Västerås och klinikchef Kaj Wedenberg, Eskilstuna för värdefulla synpunkter i arbetets slutfas.

Ekonomiska anslag har erhållits från Landstinget Västernorrland, Mälardalens Högskola, Vårdalstiftelsen och Forskningsnämnd Vård och jag framför mitt stora tack för detta.

I vänskapskretsen har många personer haft betydelse, jag vill särskilt nämna Staffan Löfquist och Elisabeth Holm-Löfquist samt Hans Rutqvist, vilka alltid funnits tillhands med praktisk hjälp och intressanta diskussioner om forskning. Mia Nordlöw och Anders Nordlöw-Bengtsson, Anna Hildingsson och Johan Sporrang, Karin Gottvall samt familjen Rubertsson har fått upplåta sina hem för övernattning, speciellt de första åren av forskarutbildningen då jag inte hade någon studentbostad. Jag vill också tacka mina gamla vänner Annelie Pålsson och Ulrica Sjöstrand för uppmuntran och stöd.

Jag vill tacka min mamma, Britt för att hon överfört sin positiva inställning till barn och barnafödande och aldrig någonsin skrämt mig inför graviditet, förlossning och föräldraskap. Jag sänder också en varm tanke och ett tack till min far Jonas Torsten, som inte finns på den här jorden längre, för att han alltid trott på mig och min förmåga.

Sist, men inte minst vill jag tacka min livskamrat Sven-Olof och mina barn Anna, Jonas, Emelie och Maria för att ni finns och står ut med mitt resande och min arbetsnarkomani. Jag kan inte lova att det blir bättre, men ambitionen finns.

## REFERENSER

Abel S. & Kearns R.A. (1991) Birth places: A geographical perspective on planned home birth in New Zealand. *Social Science and Medicine*, 33(7), 825-834.

Affonso D.D., De A.K., Korenbrot C.C. & Mayberry L.J. (1999) Cognitive adaptation: a woman's health perspective for reducing stress during childbearing. *Journal of Women's Health and Gender Based Medicine*, 8, 1285-1294.

Albers L.L. & Katz V.L. (1991) Birth settings for low-risk pregnancies. An analysis of the current literature. *Journal of Nurse-Midwifery*, 36(4), 215-220.

Alehagen S. (2002) Fear pain stress hormones during labor. Doktorsavhandling. No 730. Vårdvetenskapliga fakulteten, Divisionen för Obstetrik och Gynekologi, Institutionen för molekylär- och klinisk medicin. Linköpings universitet, Linköping.

Al-Mufti R., McCarthy A. & Fisk N.M. (1997) Survey of obstetricians' personal preferences and discretionary practice. *European Journal of Obstetrics & Gynaecology and Reproductive Biology*, 73(1), 1-4.

Anderson R. & Greener D. (1991) A descriptive analysis of home birth in two nurse-midwifery services. *Journal of Nurse-Midwifery*, 36(2), 95-103.

Antonovsky A. (1993) The structure and properties of the sense of coherence scale. *Social Science and Medicine*, 36(6), 725-733.

Backe B. (2001) Overutilization of antenatal care in Norway. *Scandinavian Journal of Public Health*, 29(2), 129-132.

Bakos O. (1984) Hemförlossningar - en attitydstudie bland kvinnor i norra Sverige. *Läkartidningen*, 81(3), 100-104.

Behauge D.P., Victora C.G. & Barros F.C. (2002) Consumer demand for caesarean sections in Brazil: population based birth cohort study linking ethnographic and epidemiological methods. *British Medical Journal*, 324(7343), 942-945.

Bell J.S., Campbell D.M., Graham W.J., Penney G.C., Ryan M. & Hall M.H. (2001) Do obstetric complications explain high caesarean section rates among women over 30? A retrospective analysis. *British Medical Journal*, 322(7291), 894-895.

Bennett A. (1985) The birth of a first child: do women's responses change over time? *Birth*, 12, 153-158.

Berglund A. (1999) *Consequences of Programme Changes in Antenatal Care*. Doktorsavhandling. Medicinska fakulteten, Institutionen för Kvinnor och Barns hälsa, Uppsala Universitet, Uppsala.



- Bergsjö P., Schmidt E. & Pusch D. (1983) Differences in the reported frequencies of some obstetrical interventions in Europe. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 90(7), 628-632.
- Biro M.A., Waldenström, U. & Pannifex, J.H. (2000) Team midwifery care in a tertiary level obstetric service: a randomized controlled trial. *Birth*, 27(3), 168-173.
- Blom U-L. (1996) *Pappautbildning. Utvärdering av ett försök med pappautbildning i fyra landsting och en kommun. Ett uppdrag från Socialdepartementet, Landstingsförbundet och Socialstyrelsen.* SPRI, Stockholm.
- Bondas T. (2002) Finnish women's experiences of antenatal care. *Midwifery*, 18(1), 61-71.
- Bramadat I.J. & Driedger M. (1993) Satisfaction with childbirth: theories and methods of measurement. *Birth*, 20(1), 22-29.
- Brown S. & Lumley J. (1994) Satisfaction with care in labor and birth: a survey of 790 Australian women. *Birth*, 21(1), 4-13.
- Bågedahl-Strindlund M. & Monsen Börjesson K. (1998) Postnatal depression: a hidden illness. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 98(4), 272-275.
- Carroli G., Villar J., Piaggio G., Khan-Neelofur D., Gülmezoglu M., Mugford M., Lumbiganon P., Farnot U. & Bergsjö P. (2001) WHO systematic review of randomised controlled trials of routine antenatal care. *Lancet*, 357(9268), 1565-1570.
- Chamberlain G., Wraight A. & Crowley P. (1997) *Home births. The report of the 1994 confidential enquiry by the National Birthday Trust Fund.* The Parthenon Publishing Group Limited, Carnforth.
- Charles C., Whelan T. & Gafni A. (1999) What do we mean by partnership in making decisions about treatment? *British Medical Journal*, 319(7212), 780-782.
- Clement S., Candy B., Sikorski J., Wilson J. & Smeeton N. (1999) Does reducing the frequency of routine antenatal visits have long term effects? Follow up of participants in a randomized controlled trial. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 106(4), 367-370.
- Cormell M. (1992) Just another miscarriage? *Nursing Times*, 88(48), 41-43.
- Côté-Arsenault D. & Morrison-Beedy D. (2001) Women's voices reflecting changed expectations for pregnancy after perinatal loss. *Journal of Nursing Scholarship*, 33(3), 239-244.
- Cox J.L., Holden J.M. & Sagovsky R. (1987) Detection of postnatal depression - Development of the 10-item Edinburgh postnatal depression scale. *British Journal of Psychiatry*, 150, 782-786.
- Crotty M., Ramsay A.T., Smart R. & Chan, A. (1990) Planned homebirths in South Australia 1976-1987. *Medical Journal of Australia*, 153(11-12), 664-671.

- Cunningham J.D. (1993) Experiences of Australian mothers who gave birth either at home, at a birth centre or in hospital labour wards. *Social Science and Medicine*, 36(4), 475-483.
- Darj E. & Lindmark G. (2002) Går inte alla gravida kvinnor i Sverige till Mödravården? *Läkartidningen*, 99(1-2), 41-44.
- Declercq E.R., Paine L.L. & Winter M.R. (1995) Home birth in the United States, 1989-1992. A longitudinal descriptive report of National birth certificate data. *Journal of Nurse-Midwifery* 40(6), 464-482.
- Declercq E.R., Sakala C., Corry M.P., Applebaum S. & Risher P. (2002) *Listening to mothers. Report of the first national US survey of women's childbearing experiences*. Maternity Center Association, New York.
- Delvaux T., Buekens P., Godin I. & Boutsen M. (2001) Barriers to prenatal care in Europe. *American Journal of Preventive Medicine*, 21(1), 52-59.
- Dickson M.J. & Willett M. (1999) Midwives would prefer a vaginal delivery. (Letter) *British Medical Journal*, 319(7215), 1008.
- DiMatteo M.R., Morton S.C., Lepper H.S., Damush T.M., Carney M.F., Pearson M. & Kahn K.L. (1996) Cesarean childbirth and psychosocial outcomes: a meta-analysis. *Health Psychology*, 15(4), 303-314.
- DiRenzo G., Polito P., Volpe A., Anceschi M. & Guidetti R. (1984) A multicenter study of fear of childbirth in pregnant women at term. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 3, 155-163.
- Department of Health (DoH). (1993) *Changing Childbirth. Part 1. Report of the Expert Maternity Group*. Her Majesty's Stationery Office, London.
- Drew N.C., Salmon P. & Webb L. (1989) Mothers' midwives' and obstetricians' views on the features of obstetric care which influence satisfaction with childbirth. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 96, 1084-1088.
- Earle S. (2000) Pregnancy and the maintenance of self-identity: implications for antenatal care in the community. *Health and Social Care in the community* 8(4), 235-241.
- Edhborg M., Lundh W., Seimyr L. & Widström A-M. (2001) The long term impact of potential depressive mood on mother-child interaction: a preliminary study. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 19(1), 61-71.
- Edwards P., Roberts I., Clarke M., DiGuseppi C., Pratap S., Wentz R. & Kwan I. (2002) Increasing response to postal questionnaires: systematic review. *British Medical Journal*, 324(1183), 1-9.

Enkin M.W., Keirse M.J., Neilson J., Crowther C., Duley L., Hodnett E. & Hofmeyr J. (2000) *A guide to effective care in pregnancy and childbirth*. Oxford University Press, Oxford.

Erb L., Hill G. & Houston D. (1983) A survey of parents attitudes towards their caesarean births in Manitoba Hospitals. *Birth*, 10, 85-91.

Essén B. (2001) *Perinatal mortality among immigrants from Africa's horn. The importance of experience, rationality and tradition for risk assessment in pregnancy and childbirth*. Doktorsavhandling. Institutionen för Obstetrik och Gynekologi, Malmö Universitetssjukhus, Lunds Universitet, Lund.

Farquhar M., Camilleri-Ferrante C. & Todd C. (2000) Continuity of care in maternity services: women's views of one team midwifery scheme. *Midwifery*, 16(1), 35-47.

Flint C., Poulengeris P. & Grant A. (1989) The 'Know Your Midwife' scheme-a randomised trial of continuity of care by a team of midwives. *Midwifery*, 5(1), 11-16.

Ford C., Iliffe S. & Franklin O. (1991) Outcome of planned home births in an inner city practice. *British Medical Journal*, 303(6816), 1517-1515.

Fraser D.M. (1999) Women's perceptions of midwifery care: a longitudinal study to shape curriculum development. *Birth*, 26(2), 99-107.

Gamble J.A. & Creedy D.K. (2000) Women's request for a cesarean section: A critique of the literature. *Birth*, 27(4), 256-263.

Gamble J.A. & Creedy D.K. (2001) Women's preference for a cesarean section: incidence and associated factors. *Birth*, 28(2), 101-110.

Geary M., Fanagan M. & Boylan P. (1997) Maternal satisfaction with management in labour and preference for mode of delivery. *Journal of Perinatal Medicine*, 25(5), 433-439.

Geary M., Wilshin J., Persaud M., Hindmarsh P.C. & Rodeck C.H. (1998) Do doctors have an increased rate of caesarean section? *Lancet*, 351(9110), 1177.

Georgsson Öhman S., Grunewald C. & Waldenström U. (2003) Women's worries during pregnancy: testing the Cambridge Worry Scale on 200 women. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 17, 148-152.

Gissler M. & Hemminki E. (1994) Amount of antenatal care and infant outcome. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 56(1), 9-14.

Githens P., Glass C., Sloan F. & Entman S. (1993) Maternal recall and medical records: an examination of events during pregnancy, childbirth, and early infancy. *Birth*, 20, 136-141.

- Glass G. & Hopkins K. (1996) *Statistical methods in education and psychology*, 3<sup>rd</sup> ed. Allyn and Bacon, Boston.
- Gottvall K. & Waldenström U. (2002) Does birth center care during a woman's first pregnancy have any impact on her future reproduction? *Birth*, 2(3), 177-181.
- Graham W.J., Hundley V., McCheyne A.L., Hall M.H., Gurney E. & Milne J. (1999) An investigation of women's involvement in the decision to deliver by caesarean section. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 106(3), 213-220.
- Green J.M. (1990) *Calming or Harming? A critical review of psychological effects of fetal diagnosis on pregnant women*. Occasional Papers, Second Series No 2, Galton Institute.
- Green J.M., Curtis P.A., Price H. & Renfrew M.J. (1998) *Continuing to care. The organization of midwifery services in the UK: a structured review of the evidence*. Books for Midwives Press, Hale.
- Green J.M., Renfrew M.J. & Curtis P.A. (2000) Continuity of carer: what matters to women? A review of the evidence. *Midwifery*, 16(3), 186-196.
- Gustafsson I. & Kaplan-Goldmann S. (1981) *Att främja ett psykosocialt arbete*. LIC förlag, Stockholm.
- Hanley F. (1993) Midwife-friendly care. *The Canadian Nurse*, 89(2), 13-16.
- Hemminki E. & Blondel B. (2001) Antenatal care in Europe: varying ways of providing high-coverage services. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 94(1), 145-148.
- Hewson D. & Bennett A. (1987) Childbirth research data: medical records or women's reports? *American Journal of Epidemiology*, 125(3), 484-491.
- Hildingsson I. & Häggström T. (1999) Midwives' lived experiences of being supportive to prospective mothers/parents during pregnancy. *Midwifery*, 15(2), 82-91.
- Hodnett E.D. (2000) *Continuity of caregivers for care during pregnancy and childbirth* (Cochrane Review) In: The Cochrane Library. Issue 3. Update Software, Oxford.
- Hodnett E.D. (2002) Pain and women's satisfaction with the experience of childbirth: a systematic review. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 186(Suppl 5), 160-172.
- Hodnett E.D., Lowe N.K., Hannah M.E., Willan A.R., Stevens B., Weston J.A., Ohlson A., Gafni A., Muir H.A., Myhr T.L. & Stremmler R. (2002) Effectiveness of nurses as providers of birth labor support in North American hospitals. A randomized controlled trial. *Journal of American Medical Association*, 288(11), 1373-1381.
- Hoff G.A. & Schneiderman L.J. (1985) Having babies at home: is it safe? Is it ethical? *Hastings Center Report*, 15(6), 19-27.

- Homer C.S., Davis G.K., Cooke M. & Barclay L.M. (2002) Women's experiences of continuity of midwifery care in a randomised controlled trial in Australia. *Midwifery*, 18(2), 102-112.
- Hughes P.M., Turton P. & Evans, C.D. (1999) Stillbirth as risk factor for depression and anxiety in the subsequent pregnancy: cohort study. *British Medical Journal*, 318(7200), 1721-1724.
- Höjeberg P. (1981) *Jordemor. Barnmorskor och barnaföderskor i Sverige*. Gidlunds förlag, Södertälje.
- Jackson N. & Irvine L.M. (1998) The influence of maternal request on the elective caesarean section rate. *Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 18(2), 115-119.
- Jewell D., Sharp D., Sanders J. & Peters T.J. (2000) A randomised controlled trial of flexibility in routine antenatal care. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 107(10), 1241-1247.
- Jolly J., Walker J. & Bhabra K. (1999) Subsequent obstetric performance related to primary mode of delivery. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 106(3), 227-232.
- Josefsson A., Berg G., Nordin C. & Sydsjö G. (2001) Prevalence of depressive symptoms in late pregnancy and postpartum. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 80(3), 251-255.
- Kerssens J.J. (1994) Patient satisfaction with home-birth care in the Netherlands. *Journal of Advanced Nursing*, 20(2), 344-350.
- Khan-Neelofur D., Gülmezoglu M. & Villar J. (1998) Who should provide routine antenatal care for low-risk women, and how often? A systematic review of randomised controlled trials. *Paediatric and Perinatal Epidemiology*, 12(Suppl. 2), 7-26.
- Klee L. (1986) Home away from home: the alternative birth center. *Social Science and Medicine*, 23(1), 9-16.
- Kleiverda G., Steen A.M., Andersen I., Treffers P.E. & Everaerd W. (1990) Place of delivery in The Netherlands: maternal motives and background variables related to preferences for home or hospital confinement. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 36(1-2), 1-9.
- Kline C.R., Martin D.P. & Deyo R.A. (1998) Health consequences of pregnancy and childbirth as perceived by women and clinicians. *Obstetrics & Gynecology*, 92(5), 842-848.
- Kristensen F.B. (1992) Antenatal care in Denmark. Assessments of program, staff competence, compliance and outcome. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, 8(Suppl 1), 25-32.
- Ladfors L., Eriksson M., Mattsson L-Å., Kylebäck K., Magnusson L. & Milsom I. (2001) A population based study of Swedish women's opinions about antenatal, delivery and postpartum care. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 80(2), 130-136.

Langer A., Villar J., Romero M., Nigenda G., Piaggio G., Kuchaisit C., Rojas G., Al Osimi M., Belizan J., Farnot U., Al-Mazrou Y., Carroli G., Baáqeel H., Lumbiganon P., Pinol A., Bergsjö P., Bakketeig L., Garcia J. & Berendes H. (2002) Are women and providers satisfied with antenatal care? Views on a standard and a simplified, evidence-based model of care in four developing countries. *BMC Womens Health*, 2(1), 7.

Leitch C.R. & Walker J.J. (1998) The rise in caesarean section rate: the same indications but a lower threshold. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 105(6), 621-626.

Lindgren H. (2002) *Om något skulle hända. Föräldraperspektiv på risker vid hemförlossning*. D-uppsats i Omvårdnad, Institutionen för Vård- och Folkhälsovetenskap, Mälardalens Högskola, Västerås.

Lindmark G. (1994) *Graviditetsövervakning under ett sekel. Kvinnosjukvård under hundra år*. Jubileumstidskrift för Kvinnokliniken, Akademiska sjukhuset, Uppsala.

Longworth L., Ratcliffe J. & Boulton M. (2001) Investigating women's preferences for intrapartum care: home versus hospital births. *Health and Social Care in the Community*, 9(6), 404-413.

Lovell A. (1983) Some questions of identity: Late miscarriage, stillbirth and perinatal loss. *Social Science and Medicine*, 17(11), 755-761.

Lubic R.W. & Ernst E.K. (1978) The childbearing center: An alternative to conventional care. *Nursing Outlook*, 26(12), 754-760.

Lumley J. (1985) Assessing satisfaction with childbirth. *Birth*, 12(3), 141-145.

Lumley J. & Brown S. (1997) The 1993 Survey of recent mothers: issues in survey design, analysis and influencing policy. *International Journal for Quality in Health Care*, 9(4), 265-275.

Lundh W. & Gyllang C. (1993) Use of the Edinburgh postnatal depression scale in some Swedish child health care centers. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 7(3), 149-154.

Martin J.A., Hamilton B.E., Ventura S.J., Menacker F. & Park M.M. (2002) Births: Final data for 2000. *National Vital Statistics Report*, 50(5), 1-101. [www.cdc.gov/nchs](http://www.cdc.gov/nchs)

McCourt C. & Page L. (1996) *Report on the Evaluation of One-to-One Midwifery*. Hammersmith Hospitals NHS Trust, London.

McDuffie R.S., Beck A., Bischoff K., Cross J. & Orleans M. (1996) Effect of frequency of prenatal care visits on perinatal outcome among low-risk women. *Journal of American Medical Association*, 275(11), 847-851.

MIDIRS (Midwives Information Resource Service) (2003) *The informed choice initiative*. [www.inforchoice.org](http://www.inforchoice.org)

- Miller S.M. (1987) Monitoring and blunting: Validation of a questionnaire to assess styles of information seeking under threat. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52(2), 345-353.
- Morgan M., Fenwick N., McKenzie C. & Wolfe C.D. (1998) Quality of midwifery led care: assessing the effects of different models of continuity for women's satisfaction. *Quality in Health Care*, 7(2), 77-82.
- Munjajna S.P., Linmark G. & Nystrom L. (1996) Randomised controlled trial of a reduced-visits programme of antenatal care in Harare, Zimbabwe. *Lancet*, 348(9024), 364-369.
- Murray D. & Cox J.L. (1990) Screening for depression during pregnancy with the Edinburgh depression scale (EPDS). *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 8(2), 99-107.
- Murray S.F. (2000) Relation between private health insurance and high rates of caesarean section in Chile: qualitative and quantitative study. *British Medical Journal*, 321(7275), 1501-1505.
- Myrdal G. & Myrdal A. (1935) *Kris i befolkningsfrågan*. (Folkupplagan) Albert Bonniers Förlag, Stockholm.
- Nielson J. (2000) *Ultrasound for fetal assessment in early pregnancy*. (Cochrane Review) In: The Cochrane Library. Issue 4. Update Software, Oxford.
- Notzon F.C., Placek P.J. & Taffel S.M. (1987) Comparisons of national caesarean section rates. *New England Journal of Medicine*, 316(7), 3286-3291.
- Oakley A. (1982) The origins and development of antenatal care. In: *Effectiveness and satisfaction in Antenatal Care*. Enkin M. & Chalmers I. (Eds.) Spastics International Medical Publications, Lavenham.
- Olsson P. (2000) *Antenatal midwifery consultations. A qualitative study*. Doktorsavhandling. Umeå University Medical Dissertations No 643. Institutionen för Omvårdnad, Umeå Universitet, Umeå.
- Page, L. (Ed.) (2000) *The New Midwifery. Science and sensitivity in practice*. Churchill Livingstone, Toronto.
- Paterson-Brown S., Amu O., Rajendran S. & Bolaji I (1998) Should doctors perform an elective caesarean section on request? *British Medical Journal*, 317(7156), 462-465.
- Petrou S., Kupek E., Vause S. & Maresh M. (2001) Clinical, provider and sociodemographic determinants of the number of antenatal visits in England and Wales. *Social Science and Medicine*, 52(7), 1123-1134.
- Petrou S., Kupek E., Vause S. & Maresh M (2003) Antenatal visits and adverse perinatal outcomes: results from a British population-based study. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 106(1), 40-49.

- Polit D.F. & Hungler B.P. (1995) *Nursing research. Principles and methods*. J.B. Lippincott Company, Philadelphia.
- Porter M. & MacIntyre S. (1984) What is, must be best: a research note on conservative or deferential responses to antenatal care provision. *Social Science and Medicine*, 19(11), 1197-1200.
- Proctor S. & Wright G. (1998) Consumer responses to health care: women and maternity services. *International Journal of Health Care Quality Assurance Including Leadership in Health Services*, 11(4-5), 147-155.
- Rafael-Leff J. (1991) *Psychological processes of childbirth*. Chapman & Hall, London.
- Roberts R.O., Yawn B.P., Wickes S.L., Field C.S., Garretson M. & Jacobsen S.J. (1998) Barriers to prenatal care: Factors associated with late initiation of care in a middle-class midwestern community. *Journal of Family Practice*, 47(1), 53-61.
- Rodriguez A., Bohlin G. & Lindmark G. (2001) Symptoms across pregnancy in relation to psychosocial and biomedical factors. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 80(3), 213-223.
- Rosengren A., Orth-Gomér K., Wedel H. & Wilhelmsen L. (1993) Stressful life events, social support, and mortality in men born in 1933. *British Medical Journal*, 307(6912), 1102-1105.
- Rothman K. (2002) *Epidemiology. An introduction*. Oxford University Press, New York.
- Rowley M.J., Hensley M.J., Brinsmead M.W. & Wlodarczyk J.H. (1995) Continuity of care by a midwife team versus routine care during pregnancy and birth: a randomised trial. *Medical Journal of Australia*, 163(6), 289-293.
- Rydén B. & Wickberg B. (1997) *Psykologiska insatser under graviditet och postpartumtid. En metod för mödrahälsovården*. Folkhälsösektariatets skriftserie, Göteborg.
- Ryding E.L., Wijma B., Wijma K. & Rydhström H. (1998) Fear of childbirth during pregnancy may increase the risk of emergency caesarean section. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 77(5), 542-547.
- Ryding E.L., Persson Å., Onell C. & Kvist L. (2003) An evaluation of midwives' counseling of pregnant women in fear of childbirth. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 82(1), 10-17.
- Rådestad I. (1998) *Att föda ett dött barn. Vården vid förlossningen och kvinnans situation tre år efter barnets död*. Doktorsavhandling. Institutionen för Kvinnor och Barns hälsa, Karolinska Institutet, Stockholm.
- Saisto T., Ylikorkala O. & Halmesmäki E. (1999) Factors associated with fear in delivery in second pregnancies. *Obsterics & Gynecology*, 94(5), 679-682.



- Saisto T., Salmela-Aro K., Nurmi, J.E. & Halmesmäki E. (2001) Psychosocial characteristics of women and their partners fearing vaginal childbirth. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 108(5), 492-498.
- Saisto T. & Halmesmäki E. (2003) Fear of childbirth: a neglected dilemma. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 82(3), 201-208.
- Salmela T. (1996) Problems of the concept of satisfaction in public sector satisfaction surveys. *Administration Research*, 1, 32-41.
- Sanders J., Somerset M., Jewell D. & Sharp D. (1999) To see or not to see? Midwives' perceptions of reduced antenatal attendances for "low-risk" women. *Midwifery*, 15(4), 257-263.
- Sikorski J., Clement S., Wilson J., Das S. & Smeeton N. (1995) A survey of health professionals' views on possible changes in the provision and organisation of antenatal care. *Midwifery*, 11(2), 61-68.
- Sikorski J., Wilson J., Clement S., Das S. & Smeeton N. (1996) A randomised controlled trial comparing two schedules of antenatal visits: the antenatal care project. *British Medical Journal*, 312(7030), 546-553.
- Simkin P. (1991) Just another day in a woman's life? Women's long-term perceptions of their first birth experience. Part I. *Birth*, 18(4), 203-210.
- Simkin P. (1992) Just another day in a woman's life? Part II: Nature and consistency of women's long-term memories of their first birth experiences. *Birth*, 19(2), 64-81.
- Simon L. (1962) *Den förebyggande mödravården. Medicinalväsendet 1813-1962*. Nordiska Bokhandelns Förlag,
- Sjögren B. & Thomassen P. (1997) Obstetric outcome in 100 women with severe anxiety over childbirth. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 76(10), 948-952.
- Socialstyrelsen. (1955) *Reglemente för barnmorskor. SFS 1955: 592*. Svensk Författningssamling. Socialstyrelsen, Stockholm.
- Socialstyrelsen. (1981) *Hälsovård för mödrar och barn inom primärvården. SFS 1981:4* Svensk Författningssamling. Socialstyrelsen, Stockholm.
- Socialstyrelsen. (1982) *Hälso- och sjukvårdslagen. SFS 1982:763*. Svensk Författningssamling. Socialstyrelsen, Stockholm.
- Socialstyrelsen. (1990) *Allmänna råd om hemförlossning. SFS 1990:22*. Svensk Författningssamling. Socialstyrelsen, Stockholm
- Socialstyrelsen. SOS-rapport (1996) *Hälsovård före, under och efter graviditet (1996:7)* Socialstyrelsen, Stockholm.

Socialstyrelsen. SOS-rapport (2001) *Handläggning av normalförlossning - State of the Art*. Socialstyrelsen, Stockholm.

Spurgeon P., Hicks C. & Barwell F. (2001) Antenatal, delivery and postnatal comparisons of maternal satisfaction with two pilot Changing Childbirth schemes compared with a traditional model of care. *Midwifery*, 17(2), 123-132.

Statens Offentliga Utredningar. (1935) *Kungliga medicinalstyrelsens utlåtande och förslag angående förebyggande mödra- och barnhälsovård*. SOU 1935:19. Liber, Stockholm.

Statens Offentliga Utredningar. (1978) *Föräldrautbildning. Betänkande från barnomsorgsgruppen*. SOU 1978:5. Liber, Stockholm.

Statens Offentliga Utredningar. (1997) *Stöd i föräldraskapet*. SOU 1997:161. Liber, Stockholm.

Statham H., Green J.M. & Kafetsios K. (1997) Who worries that something might be wrong with the baby? A prospective study of 1072 pregnant women. *Birth*, 24(4), 223-233.

Steineck G., Kass P.H. & Ahlbom A. (1998) A comprehensive clinical epidemiological theory based on the concept of the source person-time and four distinct study stages. *Acta Oncologica*, 37(1), 15-23.

Stephenson P. (1992). *International differences in the use of obstetrical interventions*. World Health Organization European Regional Office, Copenhagen.

Svensk Förening för Obstetrik och Gynekologi. (SFOG) (2002) *Nationell sammanställning av årsrapporter för mödrahälsovården 2001*. [www.sfog.se](http://www.sfog.se)

Tomeo C.A., Rich-Edwards J.W., Michels K.B., Berkey C.S., Hunter D.J., Frazier A.L., Willett W.C. & Buka S.L. (1999) Reproducibility and validity of maternal recall of pregnancy-related events. *Epidemiology*, 10(6), 774-777.

Turnbull D.A., Wilkinson C., Yaser A., Carty V., Svigos J.M. & Robinson J.S. (1999) Women's role and satisfaction in the decision to have a caesarean section. *Medical Journal of Australia*, 170(12), 580-583.

Viisainen K., Gissler M., Räikkönen O., Perälä M.L. & Hemminki E. (1998) Interest in alternative birth settings in Finland. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 77(7), 729-735.

Viisainen K. (2001) Negotiating control and meaning: home birth as a self-constructed choice in Finland. *Social Science and Medicine*, 52(7), 1109-1121.

Villar J., Bakketeig L., Donner A., Al-Mazrou Y., Baáqeel H., Belizán J.M., Carroli G., Farnot U., Lumbiganon P., Piaggio G. & Berendes H. (1998) The WHO antenatal care randomised controlled trial: rationale and study design. *Paediatric and Perinatal Epidemiology*, 12(suppl 2), 27-58.

- Villar J., Carroli G., Khan-Neelofur D., Piaggio G. & Gülmezoglu M. (2001) *Patterns of routine antenatal care for low-risk pregnancy*. Cochrane Database Systematical Review 2001 Issue 4, Software Update, Oxford.
- Wagner M. (2000) Choosing caesarean section. *Lancet*, 356(9242), 1677-1680.
- Waldenström U. & Nilsson C-A. (1993a) Characteristics of women choosing birth center care. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 72(3), 181-188.
- Waldenström U. & Nilsson C-A. (1993b) Women's satisfaction with birth center care: a randomized, controlled study. *Birth*, 20(1): 3-13.
- Waldenström U. & Nilsson C-A. (1994a) Experience of childbirth in birth center care. A randomized controlled study. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 73(7), 547-554.
- Waldenström U. & Nilsson C-A. (1994b) No effect of birth centre care on either duration or experience of breast feeding, but more complications: findings from a randomised controlled trial. *Midwifery*, 10(1), 8-17.
- Waldenström U. & Nilsson C-A. (1997) A randomised controlled study of birth center care versus standard maternity care: effects on women's health. *Birth*, 24(1), 17-26.
- Waldenström U., Nilsson C-A. & Winbladh B. (1997) The Stockholm birth centre trial: maternal and infant outcome. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 104(4), 410-418.
- Waldenström U. & Lawson J. (1998) Birth centre practices in Australia. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 38(1), 42-50.
- Waldenström U. & Turnbull D. (1998) A systematic review comparing continuity of midwifery care with standard maternity services. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 105(11), 1160-1170.
- Waldenström U., Brown S., McLachlan H., Forster D. & Brennecke S. (2000) Does team midwife care increase satisfaction with antenatal, intrapartum, and postpartum care? A randomized controlled trial. *Birth*, 27(3), 156-167.
- Walker D.S., Day S., Diroff C., Lirette H., McCully L., Mooney-Hescott C. & Vest V. (2002) Reduced frequency prenatal visits in midwifery practice: attitudes and use. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 47(4), 269-277.
- van Ham M.A., van Dongen P.W. & Mulder J. (1997) Maternal consequences of caesarean section. A retrospective study of intra-operative and postoperative maternal complications of caesarean section during a 10-year period. *European Journal of Obstetrics & Gynaecology and Reproductive Biology*, 74(1), 1-6.

- Wen S.W., Mery L.S., Kramer M.S., Jimenez V., Trouton K., Herbert P. & Chalmers B. (1999) Attitudes of Canadian women toward birthing centres and midwife care for childbirth. *Canadian Medical Association Journal*, 16(6), 708-709.
- Wickberg B. & Hwang C.P. (1996) The Edinburgh Postnatal Depression Scale: validation on a Swedish community sample. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 94(3), 181-184.
- Wickberg B. & Hwang C.P. (1997) Screening for postnatal depression in a population-based Swedish sample. *Acta Psychiatrica Scandinavia*, 95(1), 62-66.
- Wiegers T.A., Keirse M.J., van der Zee J. & Berghs G.A. (1996) Outcome of planned home and planned hospital births in low risk pregnancies: prospective study in midwifery practices in the Netherlands. *British Medical Journal*, 313(7068), 1309-1313.
- Wiegers T.A., van der Zee J. & Keirse M.J. (1998) Maternity care in The Netherlands: The changing home birth rate. *Birth*, 25(3), 190-197.
- Wilkinson C., McIlwaine G., Boulton-Jones C. & Cole S. (1998) Is a rising caesarean section rate inevitable? *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 105(1) 45-52.
- Williams B. (1994) Patient satisfaction: a valid concept? *Social Science and Medicine*, 38(4), 509-516.
- Williamson S. & Thomson A.M. (1996) Women's satisfaction with antenatal care in a changing maternity service. *Midwifery*, 12(4), 198-204.
- World Health Organization. (WHO) (1985) Appropriate technology for birth. *Lancet*, 2, 436-437.
- Young G. & Drife J. (1992) Home or hospital birth? *The practitioner*, 236(1515), 672-674.
- Zander L. (1984) *The significance of the home delivery issue*. In: Zander L. & Chamberlain G. (Eds.) *Pregnancy care for the 1980s*. Royal society of Medicine and MacMillan Press, London.
- Zander L. & Chamberlain G. (1999) ABC of labour care: Place of birth. *British Medical Journal*, 318(7185), 721-723.
- Öberg L. (1996) *Barnmorskan och läkaren. Svensk förlossningsvård 1870-1920*. Doktorsavhandling. Historiska institutionen, Stockholms Universitet, Stockholm.